

## Departamento de Enfermería – Forma de Consentimiento Médico

**Forma llenada por el médico/ padre(s):**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Maestra/Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento (un medicamento por forma de consentimiento):  
\_\_\_\_\_

**\*\* Recuerde por favor que el medicamento debe ser proporcionado por los padres/tutores, debe estar en el recipiente original, etiquetado con el nombre de su hijo(a) y debe ser vigente. Los medicamentos ya expirados no se pueden administrar. \*\***

**Medicamento con horario fijo:**

Dosis: \_\_\_\_\_ Hora(s) de suministro: \_\_\_\_\_

Propósito del medicamento: \_\_\_\_\_

**Medicamento tomado en caso necesario:**

Dosis: \_\_\_\_\_ Hora(s) de suministro: \_\_\_\_\_

Síntoma por el que se suministra el medicamento: \_\_\_\_\_

**\*\* Todos los medicamentos permanecerán en la enfermería. \*\***

**Medicamento para llevar consigo:**

Ubicación de EpiPen, insulina, o inhalador:       Enfermería       Salón de clases       Estudiante  
(Consentimiento requerido)

**La firma de los padres y médico familiar se requiere para todo medicamento con receta o sin receta.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico (escrito)

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono del médico

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por medio de la presente doy permiso para que mi hijo(a), nombrado arriba, reciba medicamento durante el horario de clases, durante el programa de actividades después de clases (Kids Incorporated), durante eventos deportivos o prácticas y durante excursiones fuera de la escuela. También doy permiso a la enfermera o entrenador para contactar al médico que proporcione la receta para cualquier duda o pregunta. Por medio de la presente libero a Union Academy y a sus agentes de toda responsabilidad o riesgo que resulte a causa de que mi hijo(a) tome el medicamento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha