

FORMULARIO **

Si mi hijo se enferma en la escuela y no puede comunicarse conmigo por teléfono, el director o su designado tiene permiso para comunicarse con cualquiera de los contactos de emergencia mencionados anteriormente. Tiene nuestro permiso para comunicarse con el médico del estudiante para una consulta si es necesario. Si ocurre una enfermedad grave o un accidente en la escuela, entiendo que mi hijo será enviado por un equipo de rescate a la sala de emergencias. (Todos los gastos cobrados por el hospital son responsabilidad del padre/madre/tutor).

Firma del Padre/Legal Guardián: _____ **Fecha:** _____ **Idioma Utilizado:** _____

Nombre de Estudiante: _____

MEDICAMENTO (Indique los nombres de todos los medicamentos que toma el niño, las dosis y las horas de administración):

Cada medicamento administrado en la escuela requiere el consentimiento por escrito de los padres. Cada medicamento recetado requiere una orden escrita del médico y el consentimiento escrito de los padres. Los formularios de medicamentos se pueden obtener en la oficina de la escuela.

<u>MEDICAMENTO (nombre)</u>	<u>DOSIS</u>	<u>HORA o SITUACIÓN (cuando dado)</u>	<u>QUIÉN ADMINISTRA (niño/adulto)</u>	<u>DÓNDE SE GUARDA (casa/escuela/mochila...)</u>
1 _____				
2 _____				
3 _____				
4 _____				
5 _____				
6 _____				
7 _____				