

Eduque el Distrito de fort Atkinson
La Medicina que administra a Estudiantes

(Por favor regreso a su escuela del niño)

El Nombre del estudiante _____ El Nombre del medico _____
La fecha de nacimiento _____ La dirección del medico _____
Masculion _____ La hembra _____
Maestro(a) _____ El grado _____ El teléfono del medico _____
La escuela _____
El padre/guardian _____ El Fax del medico _____
El teléfono buscador _____ Trabaje teléfono _____

Para Actuar como padre/Guardián):

El Distrito de la Escuela de Fort Atkinson es requerido por estatua de estado a dar la prescripcón la medicina a estudiantes solo con las direcciones completas de un medico y el consentimiento firmado por padre/guardian. La medicina se debe suministrar en el contenedor o el envase originales. Para la seguridad y la responsabilidad razona, la medicina recibida en ningún contenedor de otra manera que la original no sera aceptable para la administración del personal. Firmando esta forma, usted liberará el consejo de educación, sus agents y los empleados de cualquier y toda responsabilidad que puede resultar de tomar esta medicina.

Medication _____ Dosage _____ Frequency _____
Nombre de la medicina La dosis La frecuencia
Start Date _____ End Date _____
End of School Year (EOSY) = July 30.
(fechas en las cuales debemos empezar repartiendo y terminando a repartir la medicina)

Form: _____ Tablet/Capsule _____ Liquid _____ Inhaler _____ Nebulizer _____ Injection
_____ For episodic/emergency events only. _____ Other _____

*Emergency Medications (inhaler, glucagon, insulin, epi-pen). Student to self-administer/carry: yes _____ No _____

Time(s) to be given _____ Reason for this medication _____
(una hora) (Razones por las cuales el niño debe recibir la medicina)

If given on an "as needed" basis, please describe _____

Special instructions _____

Side effects (expected or predictable) _____
Los empleados de la escuela deben saber que esta medicina puede causar estos efectos

Physician's Signature _____ Date _____
Firma de doctor/medico Fecha

(Signature required for all prescription medication and for non-prescription medication that exceeds the manufacturer's recommended dosage).

Parent/Guardian Signature _____ Date _____
Firma del padre/guardian Fecha

(Signature required for all prescription and non-prescription medication).