

**Sólo complete esta forma
si su hijo está trayendo
medicamentos (con receta
o de venta libre) a Mission
Springs Educación al Aire
Libre**

Formulario de Medicación

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

¿Por qué? Código de Educación 49423 requiere:

1. Una orden firmada por su médico (este formulario)
2. consentimiento firmado por el padre / tutor (este formulario) de manera que un personal designado de la escuela pueden llevar a cabo las instrucciones del médico
3. Los medicamentos en una botella de la farmacia etiquetado con el nombre , la dosis del niño , y el nombre genérico del medicamento

Código de Educación 49480 da la designado personal de la escuela autorización para comunicarse con el médico y el personal de Mission Springs sobre los posibles efectos de la medicación.

**Esta sección debe ser
completada por un médico**

Nombre del paciente: _____

Medicación: _____ Dosis: _____

Frecuencia: _____


(Precauciones, Instrucciones Especiales, Posible Efecto Adverso, Comentario): _____

Nombre del médico: _____  Firma del médico: _____

Dirección del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

**Esta sección debe ser
completada por el padre/tutor**

Doy mi consentimiento Secciones del Código de Educación 49423 y 49480. Mi estudiante
_____ tiene mi permiso para tomar la medicación anterior a Mission Springs y para
el personal escolar designado para asistir y / o permitir él / ella tomar el medicamento antes mencionado
como se indica para: (motivo de la medicación)

 **Firma del padre/tutor** _____ **Fecha** _____