

**Mary Queen of the Holy Rosary School**  
**605 Hill N Dale Rd**  
**Lexington, KY 40503**  
**2017-18**

**AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICINAS**

Yo \_\_\_\_\_, autorizo al personal del Colegio y/o a los voluntarios en salud de Mary Queen School para que le suministren a mi hijo, \_\_\_\_\_ las siguientes medicinas de acuerdo con las especificaciones establecidas en él o según se indique a continuación:

Medicina \_\_\_\_\_  
Razones por las que toma esta medicina \_\_\_\_\_  
Fecha en la que debe suspenderse el suministro de esta medicina (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_ Horario (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
¿Debe tomarse con comida/bebida? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique, \_\_\_\_\_  
Reacciones o efectos colaterales que produce esta medicina \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_  
Razones por las que toma esta medicina \_\_\_\_\_  
Fecha en la que debe suspenderse el suministro de esta medicina (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_ Horario (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
¿Debe tomarse con comida/bebida? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique, \_\_\_\_\_  
Reacciones o efectos colaterales que produce esta medicina \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_  
Razones por las que toma esta medicina \_\_\_\_\_  
Fecha en la que debe suspenderse el suministro de esta medicina (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_ Horario (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
¿Debe tomarse con comida/bebida? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique, \_\_\_\_\_  
Reacciones o efectos colaterales que produce esta medicina \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_  
Razones por las que toma esta medicina \_\_\_\_\_  
Fecha en la que debe suspenderse el suministro de esta medicina (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_ Horario (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
¿Debe tomarse con comida/bebida? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique, \_\_\_\_\_  
Reacciones o efectos colaterales que produce esta medicina \_\_\_\_\_

La firma de este documento exonera al sistema escolar de la Diócesis de Lexington, al personal de Mary Queen o, a las personas que actúen como voluntarios de toda responsabilidad como resultado del consumo por parte de su hijo de algunas de las medicinas mencionadas.

Nombre del Padre/Madre/Persona autorizada \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, devuelva este documento en la oficina de la escuela a la señora Pedroche