

Mary Queen of the Holy Rosary School
605 Hill N Dale Rd
Lexington, KY 40503
2018-19

AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICINAS

Si su niño va a necesitar algún tipo de medicamento de venta libre, debe ser enviado a la escuela en su envase original con este formulario completado. Debe entregar todos los medicamentos a la oficina y se dispensarán de la oficina. Si un niño tiene que tomar alguna medicación en la escuela, por prescripción médica, debe enviar la medicación a la escuela en el envase recibido de la farmacia y debe tener en su etiqueta la siguiente: Nombre del niño, nombre del médico, la frecuencia, la dosis, y la fecha.

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 _____

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.