

Distrito Escolar Independiente de Grand Prairie Servicios para la Salud
FORMA PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO A CORTO PLAZO 7-10 DIAS

Favor de pedir a su farmacia que provean un envase con etiqueta vacío para la administración de medicamento en la escuela. Ponga en el envase solo la cantidad necesaria para la escuela.

NOMBRE DEL NIÑO _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____

DAGNOSIS _____

TIEMPO QUE DEBE ADMINISTRARSE EL MEDICAMENTO _____

DOSIS QUE SE DARÁ _____

EFFECTOS SECUNDARIOS _____

ÚLTIMA FECHA QUE SE DEBE ADMINISTRAR LA MEDICINA _____

Doy permiso para que el medicamento arriba mencionado se le dé a mi hijo(a). Asumo toda responsabilidad de los efectos que puedan ocurrir durante el tiempo que mi hijo(a) reciba el medicamento. **Comprendo que la primera dosis debe ser tomada en la casa. Primera dosis dada – Fecha _____ Hora _____**

FIRMA DEL PADRE: _____ FECHA: _____

INFORMACIÓN DE LA RECETA EN AL FRASCO:

DE RECETA: _____

FECHA QUE SURTIÓ LA RECETA: _____

MÉDICO: _____

FARMACIA: _____

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN:		
FECHA	TIEMPO	INICIALES

➤ **De acuerdo con la reglas de GPISD, cualquier sobrante de medicamento que no sea recogido de la escuela por un adulto será destruido.**

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____