



New Summerfield Independent School District
13307 HWY 110 South
New Summerfield, TX 75780

Solicitud del Padre para dar medicamento en la Escuela

Nombre del Estudiante: Apellido		Primer Nombre	Medio	Grado/Maestra
Nombre de la Medicina:				
Hora que se debe dar:				
Cantidad que se debe dar:				
Razon por la que se dando la medicina: <small>Note: por favor note si esta medicina se debe dar nomas cuando se necesite en la caja a la derecha. (Ex: Tylenol para dolor de cabeza cuando la necesite durante el ano escolar)</small>				
Comienzo (Fecha):		Terminar (Fecha):		
Numero de pastillas/capsulas/frascos: que usted esta mandando:				
<p>Por favor nomas mande la cantidad de medicamento que el estudiante necesita tomar en la escuela con la etiqueta apropiada, en el frasco original, para que el estudiante no tenga que andar trayendo y llevando la medicina la casa a la escuela.</p> <p>Todo medicina, incluyendo medicina sin receta, debe ser entregada a la oficina de la enfermera. Medicinas de receta necesitan tene el nombre del estudiante, cantidad de que debe tomar, nombre del doctor, fecha de cuando lleno la receta y el nombre de la medicina. La personal de la escuela no administrara ningun medicamento que no sea aprobado por el FDA. No se le dar una medicina sin receta a un estudiante por mas 10 dias sin una orden de doctor.</p> <p>Yo, el padre/guardian, autorizo a NSISD para que ayude a mi hijo/a en tomar su medicina y esto de acuerdo que no aguo a persona de la escuela o un official de la escuela que esta dietado por mi, el padre/guardian y el adminstrador de la escuela para que asista a mi hijo/a en tomar su medicamento.</p>				
Firma del padre/guardian:			Fecha:	
Numero de telefono de casa:	Numero de telefono del trabajo:		RN Review:	