

Nombre del estudiante _____

Padre/Guardián _____

Dirección _____

Teléfono de día (____) _____

Teléfono de noche (____) _____

Celular (____) _____

Contacto de Emergencia _____

Relación _____

Teléfono de día (____) _____

Teléfono de noche (____) _____

Marcar si su hijo (a) tiene alguna de las siguientes condiciones:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Pérdida del oído | <input type="checkbox"/> Camina Dormido |
| <input type="checkbox"/> Moja la cama | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Visión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergia a piquete de Insecto | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias a comida/medicamentos | <input type="checkbox"/> Desorden Menstrual | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Ataques Epilépticos | |

Si marco algo arriba, por favor explique

Fecha de la última vacuna del Tétano _____

Si su hijo tiene algún síntoma o enfermedad o ha sido expuesto a alguna enfermedad comunicable y puede estar en etapa infecciosa, él/ella tiene que permanecer en casa.

Medicamentos:

Todo medicamento (prescripción o sin receta) que guarden empleados de la escuela tiene que estar en el frasco de la farmacia o fabricante claramente etiquetado. Por favor liste todos los medicamentos que su hijo(a) **tiene que** tomar en la parte reversa de esta forma. Contacte a su médico para que complete la sección de esta forma que le corresponde antes de regresarla a la escuela.

Mi hijo(a) puede administrarse solo bloqueador solar repelente contra insectos. Para prevenir lesiones en los ojos por favor envíe bloqueador solar y repelente contra insectos que no sean en forma de aerosol.

Condiciones con Peligro de Muerte:

Si su hijo(a) tiene alguna condición con peligro de muerte (por ejemplo: diabetes, desordenes de ataques, alergias severas, etc.), esta información se compartirá con las personas que necesiten saber para asegurar cuidado seguro de su estudiante.

Difusión medica:

En el evento de un accidente o enfermedad, yo entiendo que se hará el esfuerzo razonable para contactar al padre/guardián inmediatamente. Sin embargo, si no estoy disponible, yo autorizo al distrito escolar para conseguir la atención médica que se requiera.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____ (al reverso)

**DISTRITO ESCOLAR DE EDMONDS
AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION
DE MEDICAMENTOS ORALES Y AUTO INYECTABLES EN LA ESCUELA**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____

Se ordena administración de medicamentos a estudiantes **solo** cuando es absolutamente necesario.

THIS PORTION TO BE COMPLETED BY THE LICENSED HEALTH PROFESSIONAL (LHP) (e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)			
NAME OF MEDICATION	DOSAGE	METHODS OF ADMINISTRATION	TIME OF DAY TO BE TAKEN

Diagnosis or reason for medication: _____

If given PRN, specify the length of time between doses and signs of when to give: _____

Possible side effects of medication: _____

Emergency procedure in case of serious side effects: _____

**Note: Auto-Injectable Medications may only be administered to students with potential for severe allergic and/or life-threatening reactions.*

I request and authorize that the above-named student be administered the above identified oral medication in accordance with the instructions indicated above from (date): _____ to (date): _____ (not to exceed current school year) as there exists a valid health reason which make administration of the medication advisable during school hours.

LHP's Signature: _____ Date: _____

LHP's Name: _____ Phone Number: (____) _____

LHP's Address: _____ Fax Number: (____) _____

PERMISO DEL PADRE/GUARDIAN

Los medicamentos deben ser proporcionados por mí en el frasco original, etiquetados por la farmacia con el nombre del medicamento, cantidad administrada, y hora de administración. El nombre del médico debe aparecer en la etiqueta. Yo entiendo que mi firma indica mi entendimiento de que cuidados razonables se utilizaran para administrar medicamento. La escuela no acepta responsabilidad alguna por reacciones adversas cuando el medicamento es administrado de acuerdo con las indicaciones del médico. Si sobra medicamento al término del tratamiento, yo recogeré el medicamento de la escuela o entiendo que será destruido.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Esta autorización es vigente solo durante el año escolar actual.