

**2023-2024**  
**El Distrito Escolar Conjunto de Menasha**  
**CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ F. Nac. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Hora/frecuencia a ser dada \_\_\_\_\_

Vía (circule una):      Por la boca                      Inhalación                      Inyección

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de terminar \_\_\_\_\_

Para el tratamiento de \_\_\_\_\_

Precauciones \_\_\_\_\_

Médico que prescribe \_\_\_\_\_

Dirección del médico \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_

Yo doy por este medio mi permiso al personal de la escuela para que dé la medicación a mi niño(a) de acuerdo a las instrucciones mencionadas arriba y contactar al médico de mi niño(a) si es necesario.

Entiendo que es mi responsabilidad a ver que la medicación sea llevada a la oficina de la escuela y recoger cualquier sobra del medicamento dentro de una semana después del último día del año escolar. Medicación dejada en la escuela más allá del tiempo mencionado será descartada.

Yo además estoy de acuerdo en mantener al Distrito Escolar Común de Menasha y la persona arriba inofensivos en cualquier demanda que se presente por la administración de medicamentos en la escuela. Yo estoy de acuerdo en notificar por escrito a la escuela cuando cambios a la orden de arriba sean necesarios.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of School Nurse

\_\_\_\_\_  
Date

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ /Ruta \_\_\_\_\_

	sept.	oct.	nov.	dic.	ene.	feb.	marzo	abril	mayo	junio
1		W			H	H				W
2	W			W		H	W			W
3	W			W		W	W			
4	H		W			W			W	
5			W						W	
6					W			W		
7		W			W			W		
8		W								W
9	W			W			W			W
10	W			W		W	W			
11			W			W	H		W	
12			W	H					W	
13					W			W		
14		W			W			W		
15		W			H					W
16	W			W			W			W
17	W			W		W	W	H		
18			W			W			W	
19			W			H			W	
20					W			W		
21		W			W			W		
22		W	H							W
23	W		H	W			W			W
24	W		H	W		W	W		H	
25			W	H		W	H		W	
26		H	W	H			H		W	
27	H	H		H	W		H	W	H	
28		W		H	W		H	W		
29		W		H			H			W
30	W			W		_____	W			W
31	_____		_____	W		_____	W	_____		_____
RN										

Key: A = Absent R = Refused P = Problem, see comment O = No Show W = Weekend H = Holiday N = No meds FT=Field Trip

Firma del personal(s): \_\_\_\_\_