



826 South 1500 East  
Naples, UT 84078  
(435) 781-3100

**SOLICITUD PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN ESCUELAS**

---

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono Donde Trabaja \_\_\_\_\_

**SOLICITUD Y AUTORIZACION DEL PADRE**

---

Yo, el abajo firmante solicito y autorizo a la Enfermera de Salubridad de la Escuela o al Personal alterno de la Escuela a que administre el medicamento prescrito por el doctor del estudiante.

Solicito y autorizo que se intercambie información entre la escuela, la Enfermera de Salubridad de la Escuela y el proveedor de servicios médicos pertinente a la condición del alumno.

Doy por entendido que una nueva solicitud tiene que ser elaborada si hubiese un cambio en medicina o por indicaciones del doctor.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA SER COMPLETADO POR EL DOCTOR -**

---

Diagnóstico

1. Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_
2. Especifique hora(s) y dosis en que se le darán en la escuela \_\_\_\_\_
3. ¿Usará el estudiante el medicamento todo el año? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
Si responde No, ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
4. Efectos secundarios pueden incluir \_\_\_\_\_
5. ¿Hay algunas restricciones? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
Si responde Si, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
6. Si la medicina es un inhalador, ¿debe el alumno llevarlo todo el tiempo? \_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Doctor

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha