

INFORMACIÓN DEL SUMINISTRAR DE LOS MEDICAMENTOS
DISTRITO ESCOLAR DE RIVER VALLEY

Estimado Médico:

**Favor de completar
y devolver a...**

Escuela Secundaria de River Valley Fax# 608-588-2827

Colegio de River Valley Fax# 608-588-2026

Escuela Primaria de Plain Fax# 608-588-8566

Escuela Primaria de Spring Green Fax# 608-588-2550

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del padre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

LOS ORDENES DEL MÉDICO PARA MEDICAMENTOS CON RECETAS

DIARIO Medicamento: Diagnóstico: _____

Medicina	Dosis	Frecuencia	Duración	Los efectos secundario ser informados al Médico

PRN Medicamento: Suministre para estas síntomas: _____

Medicina	Dosis	Frecuencia	Duración	Los efectos secundario ser informados al Médico

Concuerdo en retener el poder de dirigir, supervisar, decidir, inspeccionar, y para supervisar la administración del encima de medicina(s).

El/la estudiante tiene permiso llevar inhalador y administrarse.

Nombre de Médico (favor de imprimir)

Firma de Médico

Fecha

Dirección

Teléfono #

PERMISO DEL PADRE PARA MEDICAMENTO (CON RECETA O NO)

Estimados padres: Favor de completar este impreso y devuélvalo la escuela. Es todo que se necesita hacer si el medicamento no es con receta. Si es medicamento con receta, se necesita la firma del médico (la parte encima).

Tipo de medicamento: _____ Dosificación: _____

Cuando la medicación debe ser suministrada a su hijo/a:

Yo le doy permiso para el personal del Distrito Escolar de River Valley a suministrar medicación a mi hijo/a como describe encima. Estoy de acuerdo con sostener el Distrito Escolar de River Valley (y sus empleados y agentes que actúan en la amplitud de sus deberes) inofensivo en alguno y todas las reclamaciones que provienen de la administración de esta medicación en la escuela.

Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela a ponerse en contacto con el médico del hijo/a, si es necesario. Le doy permiso para esta información estar discutido con personal pertinente. Estoy de acuerdo con ponerme en contacto con la enfermera si hay cualquier cambio a esta petición.

Firma del Padre (necesario)

Fecha

**MEDICATION ADMINISTRATION INFORMATION
RIVER VALLEY SCHOOL DISTRICT**

- | | | |
|---|---------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> River Valley High School | Phone: 608-588-2554 | Fax: 608-588-2827 |
| <input type="checkbox"/> River Valley Middle School | Phone: 608-588-2556 | Fax: 608-588-2026 |
| <input type="checkbox"/> River Valley Early Learning Center | Phone: 608-546-2228 | Fax: 608-588-8566 |
| <input type="checkbox"/> River Valley Elementary School | Phone: 608-588-2559 | Fax: 608-588-2550 |

Student Name: _____ Birth date: _____ Grade: _____

Parent/Guardian Name: _____

Address: _____ Phone: _____

**PRESCRIPTION MEDICATIONS
MUST BE COMPLETED AND SIGNED BY A PHYSICIAN**

DAILY Medication: Diagnosis: _____

Medicine	Dose	Route	Frequency	Duration	Side effects to be reported to Physician

PRN Medications: Administer for the following symptoms: _____

Medicine	Dose	Route	Frequency	Duration	Side effects to be reported to Physician

INHALERS: Student may carry inhaler and self-administer.

I agree to retain the power to direct, supervise, decide, inspect, and oversee the administration of the above medication(s).

Physician Name (please print) Physician Signature Date

Address Telephone #

NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS

Parent or guardian can complete the information below. If the dose exceeds the recommendations on the bottle/package, a physician's order is required.

Name of Medication: _____ Dosage: _____

When is it to be given at school: _____

Parent Permission for Administration of Medication

I hereby give my permission to authorize personnel of the River Valley School District to give medication to my child as described above. I agree to hold River Valley School District, its employees and agents who are acting within the scope of their duties harmless in any and all claims arising from the administration of this medication at school.

I hereby give permission to the school nurse to contact the child's physician, if needed. I give consent for this information to be shared with staff members with an educational right to know. I agree to contact the school nurse if any changes occur with the above request.

Parent/Guardian Signature (Required)

Date