



**CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE SOUTH BEND**

Servicios de Salud

**FORMULARIO DE AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

**TO BE COMPLETED BY PROVIDER (ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR SU PROVEEDOR DE SALUD)**

Name: \_\_\_\_\_ has the following acute/chronic

Condition: \_\_\_\_\_ and has been instructed in the

proper use of (Medication Name): \_\_\_\_\_.

The condition requires emergency administration; therefore, we request that he/she be permitted to carry the medication on his/her person. He/she understands the purpose, appropriate method, and frequency of use of this medication.

PROVIDER'S NAME (PRINT): \_\_\_\_\_

PROVIDER'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

---

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL/LA PADRE/MADRE/GUARDIÁN**

Yo doy permiso para que mi hijo/a pueda cargar el medicamento indicado arriba, como sea ordenado por su médico o practicante de salud. Yo entiendo que compartir medicamentos con otros estudiantes resultará en acción disciplinaria.

FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

---

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL/LA ESTUDIANTE**

Yo entiendo el propósito, el método apropiado, y la frecuencia de uso de este medicamento. Yo entiendo que compartir medicamento con otros estudiantes es posiblemente peligroso y resultará en acción disciplinaria.

FIRMA DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO SE DEBE COMPLETAR EN ADICIÓN AL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE MANERA ANUAL.**