

Distrito Escolar Woodridge 68
Formulario de Autorización de Medicamentos
Para ser Completado por el Padre o Guardián

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Emergencia: _____

Por la presente autorizo al Distrito Escolar Woodridge 68, a sus empleados y agentes que le administren medicamentos legalmente recetados por un medico a mi hijo(a) en mi nombre y en mi lugar, de la manera indicada a continuación. Además, acepto y reconozco que, cuando el medicamento recetado legalmente es administrado, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener en contra del Distrito Escolar Woodridge 68, de sus empleados y agentes que surjan en la administración de dicho medicamento. Además, me comprometo a mantener indemne e indemnizar a el Distrito Escolar Woodridge 68, sus empleados y agentes, ya sea conjunta o separadamente, de y contra la administración de dicho medicamento.

Por la presente otorgo al Distrito Escolar Woodridge 68 permiso para ponerse en contacto con el médico que prescribe el medicamento a mi hijo(a) cuando lo considere necesario.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Para ser Completado por el Médico
To be completed by Physician

Name of medication: _____

Dosage: _____ Time Given: _____

Frequency: Daily _____ PRN _____

Type of disease/illness: _____

Side effects of Medication: _____

Further instructions for administration of medication:

Physician Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____