

**Solicitud de Padre Para Administración de Medicamentos con Prescripción/  
Tratamiento en la Escuela**

**(Parental Request to Have Prescription Medication/  
Treatment Administered in School)**

Si es necesario que su hijo reciba medicamento(s) con prescripción durante el día escolar, haga lo siguiente:

- Mande el medicamento a la escuela con un adulto responsable, si usted no esté disponible para traerlo.
- Mande el medicamento en el contenedor original con el nombre del estudiante, nombre del medicamento, hora de administración, dosis, y fecha.
- Cuente la cantidad de pastillas (por si acaso no es el número indicado en el contenedor) o la cantidad de líquido en la botella.
- Complete este formulario completamente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del/la estudiante: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

¿Por qué toma el/la estudiante el medicamento? \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Cantidad de pastillas enviadas: \_\_\_\_\_

Cantidad de líquido: \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera: \_\_\_\_\_

Cantidad de pastillas recibidas: \_\_\_\_\_