

FHCD-F1

BUS# _____

**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO FAUQUIER
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS**

SECTION DE PADRES/GUARDIAN

Estudiante _____ Nacido _____ Edad _____ Grado _____
 Escuela _____ Maestra de la Clase _____
 Firma de Padres/Guardian _____ Maestra de la Clase _____
 Nombre de Padres/Guardian (letra de imprenta) _____

La firma da permiso a la persona designada por el/la Director/ a para administrar medicina recetada y le da permiso a la persona designada por el/la director/ a contactar al doctor/ dentista si es necesario. Con medicinas sin receta, la firma de los padres le da permiso a la persona designada por el/la directora a administrar la medicina.

SECTION DEL DENTIST/ DOCTOR

(Debe ser completada por el Doctor/ Dentista)

MEDICINAS CON RECETAS:

Nombre de la Medicina: _____

Razón por la cual la medicina es necesitada, si no es confidencial: _____

Dosis: _____ Duración: _____

Hora que se debe dar: _____

Si existen consecuencias serias, por favor de información para una respuesta de emergencia en una hoja separada.

Firma del Doctor/ Dentista _____ Fecha _____

Nombre del Doctor/ Dentista (letra de imprenta) _____

Teléfono del Doctor/ Dentista _____ Fax _____

MEDICINA SIN RECETA:

Nombre de la Medicina: _____

Dosis/Duración: _____

Hora que se debe dar: _____

Consecuencias: _____

Recibido por: _____ Fecha _____