

Distrito Escolar No. 308 de la Unidad Comunitaria de Oswego
Solicitud del Doctor para la Auto-administración del Medicamento _____

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Ciudad

Código Postal

Número de Teléfono

El estudiante mencionado anteriormente padece de _____
(Nombre de Enfermedad o Síndrome)

Solicito que al estudiante mencionado anteriormente se le permita auto-administrarse Medicamento de Asma bajo las siguientes circunstancias: mientras esté en la escuela, durante una actividad patrocinada por la escuela y bajo la supervisión del personal escolar o antes o después de actividades escolares normales tales como la asistencia del estudiante al programa de cuidado que se lleva a cabo antes y después del día normal de clases y se encuentra dentro de la propiedad manejada por la escuela.

Nombre del Medicamento

Dosis

Horario de administración

Posibles Efectos Secundarios

Yo declaro que a _____ se le han dado instrucciones para auto-administrarse
(Nombre del Estudiante)

(Nombre del Medicamento)

El/Ella entiende la necesidad del medicamento, y la necesidad de avisarle al personal escolar y también alertarlos sobre efectos secundarios fuera de lo común. El/Ella tiene la capacidad de usar este medicamento independientemente.

Pueden comunicarse conmigo al siguiente número en caso de una reacción negativa al medicamento o en caso de emergencia.

Número de Teléfono del Doctor

Firma del Doctor

Fecha

Dirección del Doctor

Escriba el Nombre del Doctor