

FOND DU LAC SCHOOL DISTRICT – SCHOOL HEALTH PROGRAMS

72 W. Ninth Street, Fond du Lac, WI 54935 Telephone 920-906-6548 FAX 920-906-6563

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Student's Name: _____ D.O.B: _____ School: _____ Grade: _____
 Prescribing Physician: _____ Physician Address: _____
 Physician Phone: _____ Physician Fax: _____
 Diagnosis 1: _____ 2. _____

Permiso del padre: Solicito que mi hijo recibe un medicamento recetado del doctor o medicamento sin receta a la hora indicada como ha designado el médico. Yo soy responsable de traer la prescripción a la escuela en el contenedor con la etiqueta del farmacéutico. También entiendo que estoy responsable de mantener una cantidad suficiente en la escuela. Si no hago esto, esto resulta en una interrupción de las órdenes del médico o discontinuación de la administración del medicamento para mi hijo. Yo entiendo si mi hijo se niega a tomar los medicamentos, la fuerza no será utilizada por el personal de la escuela para hacer que mi hijo cumpla. El personal de la escuela tiene permiso de comunicarse con el médico para hablar del uso, efectos secundarios, reacción y contraindicaciones de la medicina o el resultado de la frecuencia de la medicina. Puedo rescindir mi permiso en cualquier tiempo.

Nombre del Padre/tutor _____ Relacion _____
 Dirección de casa _____ Número de teléfono _____
 Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____ Correo electrónico _____

Health Care Provider Authorization:

I am prescribing the following medication and procedures for the above student to be administered or performed at school.

DAILY

Name of Daily Medication (Generic and Trade Name)	Dosage/ Frequency	Time(s) (AM/PM):	Start date	Stop date	Allowed to SelfAdmin (Grades 9-12 only)	Not Allowed to Self-Admin (Grades 9-12 only)	Possible Adverse Side Effect or Contraindications:

PRN (AS NEEDED)

Name of PRN Medication (Generic and Trade Name)	Dosage/ Frequency	Time(s) (AM/PM):	Start date	Stop date	Allowed to SelfAdmin (Grades 9-12 only)	Not Allowed to Self-Admin (Grades 9-12 only)	Indicate conditions for which it is used for and possible adverse side effects or contraindications:

INHALERS/INSULIN/EPI-PEN:

- _____ Inhaler/Insulin/Epi-Pen (circle one) is kept by designated school personnel and used under supervision
 _____ Inhaler; totally independent (Has been trained by physician on use and is prepared to self-administer-grades 6-12 only)
 _____ Insulin; totally independent (Has been trained by physician on use and is prepared to self-administer-grades 6-12 only)
 _____ Epi-Pen; totally independent (Has been trained by physician on use and is prepared to self-administer-grades 6-12 only)

TENGA EN CUENTA: Los órdenes de arriba estan efectivo durante todo el año escolar y durante el verano solo si las órdenes no están suspendido, cambiado o retraído en escrito en parte del padre/tutor antes del tiempo se transcurre.

 Physician's Signature

 Date (Mo/Day/Yr)