



**ADMINISTRATION OF MEDICATION REQUEST**  
**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE GWINNETT**  
**SOLICITUD PARA PROVEER MEDICAMENTOS**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** (STUDENT NAME): \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** (Date of Birth): \_\_\_\_\_  
**NÚMERO DEL ESTUDIANTE** (STUDENT NUMBER): \_\_\_\_\_ **MAESTRO/A** (TEACHER): \_\_\_\_\_  
**ESCUELA** (SCHOOL): \_\_\_\_\_

Se deben seguir las siguientes directrices al enviar medicamentos a la escuela, con el fin de preservar la seguridad de todos los estudiantes:

1. Se aconseja que no se provean medicamentos, sean estos recetados o no, durante horas escolares (aún cuando sea por corto tiempo). Los padres deben verificar con el médico sobre la necesidad de dar medicamentos durante horas escolares. Los medicamentos que se deben tomar tres veces al día usualmente se pueden dar antes de la escuela, después de la escuela y antes de la hora de dormir. Si tiene alguna pregunta al respecto, favor de llamar a la persona que trabaja en la clínica escolar.
2. Un adulto debe acercarse a la clínica escolar para entregar cualquier medicamento (recetado o no), junto con **este formulario**.
3. Todos los medicamentos se deben entregar **EN EL ENVASE ORIGINAL QUE ES A PRUEBA DE NIÑOS**. Los medicamentos recetados se deben entregar en el envase original que le entregó la farmacia. **Los medicamentos que se envíen en sobres, bolsas plásticas, etc. no serán suministrados.**
4. **Los medicamentos que se envían a la escuela se deben recoger al final de cada año escolar o tendrán que ser desechados por la escuela.**

**Nombre del medicamento** (Name of Medication): \_\_\_\_\_ **Médico** (Doctor): \_\_\_\_\_

**Razón para el uso del medicamento** (Reason Medication Given): \_\_\_\_\_

**Cantidad que se le debe dar** (Amount to be given): \_\_\_\_\_

**Hora(s) a la que se le debe dar** (Time(s) to be given): \_\_\_\_\_

**Efectos secundarios posibles** (Possible Side Effects): \_\_\_\_\_

**Instrucciones especiales** (Special Instructions): \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que el Director de la escuela o un empleado designado, provea el medicamento nombrado anteriormente a mi hijo /a \_\_\_\_\_ durante el día escolar o cuando vaya a una excursión escolar (I grant permission for the principal or designee to assist in administration of medication listed above for my child, while at school, or when on field trips.)

Entiendo que el personal escolar no puede asegurarme más que un esfuerzo razonable para asistir al estudiante; adicionalmente, estoy de acuerdo con rescindir a cualquier reclamo en contra de los empleados escolares, el cual ocurra como resultado del suministro de este medicamento a mi hijo /a según las instrucciones provistas anteriormente.

Números de teléfono:

Casa (Home) \_\_\_\_\_ Trabajo (Work) \_\_\_\_\_ Celular (Cell): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma de uno de los padres o del tutor (Signature of Parent)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (Date)