Arbor Park
School District 145

17301 Central Avenue
Oak Forest, IL 60452
PHONE: 708-687-8040
FAX: 708-687-9498

Formulario de Autorizacion de Medicamentos para Padres y Medicos

Yo autorizo la administracion de medicamentos bajo las ordenes del medico a mi hijo/a durante el horario escolar.

Nombre del Estudiante_____

Direccion,Ciudad/Codigo postal_____

Numero de telefono_____

Fecha_____Firma de los padres_____

Nombre del medicamento en el frasco prescrito _____

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO:

Nombre del Medico_____

Direccion/Ciudad/Codigo postal_____

Numero de telefono_____

Medicamento recetado_____

Motivo de la prescripcion_____

Dosis_____Intervalo_____

Fecha_____Firma del medico_____

Comentarios/Instrucciones de los medicos:

Nota: Los medicamentos deben mantenerse en el envase original (de la farmacia) claramente marcado con el nombre del estudiante, el numbero de Rx, el tipo de medicamento y la dosis. No se administraran medicamentos de venta libre sin instrucciones del medico. La seccion de padres debe completarse por complete.

Gracias!