La Comunidad de Jonesville Educa
AUTORIZACION PARA la ADMINISTRACION RUTINA/CORTO de MEDICINA de TERMINO

De la Guía de Estudiante-Padre- *"Maestros no pueden mantener medicina en sus cuartos. Los estudiantes son de traer toda la medicina a la enfermera de la escuela en la botella actual de prescripción con las instrucciones de doctor antes que la escuela lo pueda administrar. La escuela no puede distribuir aspirina, remedios fríos, ni otra medicina sin receta a menos que usted lo envíe de casa con una nota, que indica precisamente cómo desea tenerlo distribuyó. Todas las medicinas son de ser mandadas el contenedor original".*

Esta política será impuesta estrictamente. La mayoría de las farmacias proporcionarán una botella para en casa y para la escuela si necesario. Es preferido que padres traen medicina en a la escuela antes que lo envía a educar con el estudiante.

LA INFORMACION SIGUIENTE ES NECESARIO PARA CUALQUIER ESTUDIANTE para UTILIZAR MEDICINAS EN la ESCUELA. LLENE POR FAVOR TODOS los AREAS.

_____ _____ _____
El nombre de Estudiantela | La fecha de Nacimiento | El Nombre de maestro

administra por favor al encima de estudiante denominado la medicina siguiente:

_____ _____ _____
¿Medication(What?) | ¿La dosis (cuánto)? | ¿Dirija (Cómo es dado)?

_____ _____
El tiempo de día para ser dado en la escuela | ¿Razone para la medicina (por qué es dado)?

_____ _____
La fecha para ser comenzada en la escuela | Pare la Fecha

_____ _____
Prescribir el Nombre de Médico | Prescribir el Teléfono de Médico

Restricciones del Teléfono de Médico y/o reacciones adversas: _____

_____

Los Requisitos especiales del Almacenamiento: _____

_____

Yo por la presente solicito que las Escuelas de la Comunidad de Jonesville para supervisar la rutina de medicina y administración prescribió para mi niño. He leído la política de la escuela y regulaciones que pertenecen a la administración de medicina.

1. Concuerdo en seguir la política de la escuela y regulaciones con respecto a la administración de medicina.
2. Asumiré responsabilidad para el uso de medicina en la escuela, o por mí o por mi niño.
3. Notificaré la escuela inmediatamente si hay cualquier cambio en el uso de la medicina o el tratamiento prescrito.
4. Suelto y concuerdo en tener el Consejo de Educación, sus funcionarios, y sus empleados inocuos de cualquier y toda la obligación para daños o herida que resultan directamente o indirecto de esta autorización.
5. Doy permiso para la escuela a contactar el encima de información denominada de médico y cambio con respecto a esta medicina.

Envíe por favor una nota _____ Llame por favor_____(número de teléfono) al conseguir bajo o fuera de medicina

La firma de Cría/Guardián _____ Fecha _____

Ordenes de Médico (tenga por favor a médico completa y manda un fax para educar 517/849-7306): _____

_____

_____

Firma de médico _____ Fecha_____