

**Las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun**  
**Autorización para Administrar Medicina**

Pegue la  
Foto del  
Estudiante  
Aquí

Información del Estudiante

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
Número de ID: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

El estudiante ha tomado esta medicina antes?      Sí      No      Si no, la primera dosis completa se debería tomar en la casa para evitar el riesgo del que estudiante tenga una reacción negativa en la escuela.

**Prescription Medication: Healthcare Provider to Complete (one form for each medication)**

Diagnosis/Condition for which medication is being administered: \_\_\_\_\_  
Name of Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_  
Route: \_\_\_\_\_ Time of Administration: \_\_\_\_\_ Discontinue on Date: \_\_\_\_\_ or End of School Year: ⇒  
Special Considerations (open capsule, crush, mix, etc.): \_\_\_\_\_  
List Possible Side Effects: \_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Healthcare Provider PRINTED Name/Stamp: \_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Phone: \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Address: \_\_\_\_\_

**Medicina Sin Receta: Completada por el Padre/Tutor (un formulario por cada medicina)**

Razón por la que se administra la medicina: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Medicina: \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_ Hora de Administrar: \_\_\_\_\_  
Fecha de Descontinuación: \_\_\_\_\_ o Fin del Año Escolar:  
Lista de Posibles Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

**Autorización del Padre/Tutor**

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Mi firma permite que la persona designada por el director sigue este plan, administra las medicinas recetadas, y contacta al proveedor de servicios médicos si es necesario. Además estoy de acuerdo en recoger la medicina restante al fin del año escolar. Entiendo que si el padre/tutor no recoge la medicina restante, esta será desechada al fin del año escolar.  
Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**To Be Completed with Health Office Staff**

Medication received: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Medication received by: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Health Office Staff Signature/Date      Firma del Padre/Fecha

