



Arcadia Charter School
1719 Cannon Road
Northfield, MN 55057
Phone 507-663-8806
Fax 507-663-8802

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Escuela _____ Fecha _____

ORDEN DEL MÉDICO:

Por la presente solicito y autorizo a la escuela a administrar:

Medicamento	Dosis	Hora de administración	Duración
-------------	-------	------------------------	----------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Diagnóstico/Código ICD-10/Razón médica

Razón: _____

Otros medicamentos que toma este estudiante: _____

Efectos secundarios: _____

Firma del médico: _____ Fecha _____

Nombre del médico en letra de imprenta: _____ Teléfono # _____

Nombre y dirección de la clínica _____ Fax # _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

- Solicito que el medicamento mencionado anteriormente sea administrado durante el horario escolar, según lo indicado por el médico de este estudiante.
- Eximo al personal de la escuela de responsabilidad en relación con esta solicitud cuando el medicamento sea administrado según lo indicado.
- Notificaremos a la escuela cualquier cambio en el medicamento (cambio de dosis o suspensión del medicamento antes de la fecha indicada en la orden del médico).
- Doy permiso a la enfermera escolar para comunicarse con los maestros y el personal escolar sobre los efectos y los posibles efectos secundarios de este medicamento.
- Doy permiso a la enfermera escolar para consultar con el médico indicado con respecto a cualquier pregunta que surja sobre el medicamento mencionado o sobre la condición médica que se está tratando con este medicamento.
- **EXCURSIONES:** Doy permiso al maestro asignado o al adulto responsable para administrar el medicamento durante una excursión, según sea necesario y de acuerdo con los procedimientos de la escuela.

Firma del
padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Relación con el estudiante _____ Teléfono# _____