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#_____