



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE  
Formulario de pedido de  
**medicamentos con receta y medicamento sin receta**  
UN formulario por medicamento

Este pedido es SOLO válido para el año escolar (actual) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ incluyendo al año escolar extendido [ESY, por sus siglas en inglés]/sesión de verano.

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE(S) Y TUTOR(ES):**

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas:  Ninguna  Especifique: \_\_\_\_\_

- Yo por medio de la presente autorizo la administración de los medicamentos descritos a continuación, como lo indica el médico de mi hijo.
- Yo entiendo que el médico que prescribe será llamado si surgen preguntas sobre los medicamentos del niño, lo cual es permitido por la Ley de Responsabilidad y Movilidad de Seguros de Salud [HIPAA, por sus siglas en inglés].
- Yo entiendo que TODOS los medicamentos deben estar etiquetados con el nombre de los medicamentos, nombre del estudiante, nombre del médico que prescribe, fecha, e instrucciones de administración y la prescripción de medicamentos debe estar etiquetada por un farmacéutico autorizado.
- Yo entiendo que debo proporcionar a la escuela con el equipo/suministros necesarios para administración de medicamentos.
- Yo entiendo que al final del año escolar, un adulto debe recoger el/los medicamento (s), de otra manera será desechado.
- Yo comprendo que se llamará al 911 inmediatamente si una condición médica lo justifica.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar #: \_\_\_\_\_ Teléfono celular#: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE

Formulario de pedido de

**medicamentos con receta y medicamento sin receta**

UN formulario por medicamento

**PARA SER COMPLETADO POR EL PRESCRIPTOR**

Medication Name: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Reason for medication: \_\_\_\_\_

Time of day medication is to be given: \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_

If PRN, for what symptoms: \_\_\_\_\_

Side effects: \_\_\_\_\_

Special Instructions: \_\_\_\_\_

Date medication began: \_\_\_\_\_ Date medication discontinued: \_\_\_\_\_  
Month/ Day/ Year Month/ Day/ Year

Prescriber's Name/Title: \_\_\_\_\_  
(Please print or type)

Telephone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Prescriber's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Original Signature or signature stamp only)

Order reviewed by RN/LPN: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_