



MINNEAPOLIS PUBLIC SCHOOLS

Urban Education. Global Citizens.

Minneapolis Public Schools

Health Related Services (Spanish version)



Authorization for Administration of Medication at School

Permiso para administrar medicamentos en la escuela

Los Padres / Tutores que desean que el personal escolar administre medicamentos a su hijo en la escuela, deben dar su autorización por escrito cada año escolar y dicho permiso debe llevar la firma de los Padres o Tutores, además de la firma del médico del niño(a).

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ # de Identificación _____

Escuela: _____ Año escolar: _____ Salón / grado escolar: _____

Physician/licensed prescriber's order for Administration of Medication by School Personnel

Table with 6 columns: Medical Condition, Medication, Dose, Time, Route, Possible Side Effects. Rows 1 and 2 are empty for entry.

Other considerations/directions: _____

Start date: _____ Stop date: _____

(All authorizations expire at the end of the school year or following the summer school session.)

Signature of Physician/Licensed Prescriber Print name of Physician/Licensed Prescriber Date

Clinic address Phone Fax

Autorización de los Padres / Tutores

- 1. Yo solicito que los medicamentos mencionados arriba sean administrados durante las horas de escuela...
2. Yo avisaré al personal de la escuela de cualquier cambio con respecto al medicamento...
3. Yo autorizo que los medicamentos sean administrados por el personal escolar designado...
4. Legalmente, ustedes pueden rehusar firmar esta autorización de medicamentos...
5. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento...

Firma de los Padres / Tutores Fecha Parentesco con el estudiante

Nota: los medicamentos deben presentarse en su frasco / envase original

Autorización para dar información

- 1. Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse, si fuera necesario, con el personal escolar sobre la enfermedad de mi hijo(a) y la acción de los medicamentos...
2. Autoriza a la enfermera de la escuela a consultarle al medico de mi hijo(a) con respecto a cualquier pregunta...
3. Autorizo al medico de mi hijo(a) a dar información relacionada a los medicamentos enlistados arriba...

Firma de los Padres / Tutores Fecha Parentesco con el estudiante

Favor de devolver a: _____ Tel. _____ Fax: _____

RN, Enfermera Licenciada de la Escuela