USD 381 SPEARVILLE
Permiso para la medicación (sin receta médica)

Nombre de estudiante _____Grado _____

Medicación:_____

Dosificación_____

Medicamentos que se darán ocasionalmente según sea necesario durante todo el año escolar.
Doy mi permiso para _____ Tomar la medicación anterior en la escuela según lo ordenado. Entiendo que es mi responsabilidad suministrar este medicamento. Además, entiendo que cualquier empleado de la escuela que administre cualquier medicamento o medicamento sin receta de acuerdo con la solicitud escrita de los padres a mi estudiante no será responsable de los daños como resultado de una reacción adversa de medicamentos sufrida por el estudiante debido a la.

Fecha: _____

Firma del padre o tutor:_____

NOTA: El medicamento debe ser llevado a la escuela en el envase original debidamente etiquetado por el fabricante, indicando el nombre del medicamento, la dosis y los tiempos que se deben administrar con una fecha de vencimiento. **¡DEBES PROVEER!**

Date	Time	Dosage	Administered By (signature)	Comments