



**OFICINA DE SERVICIOS DE SALUD DE ESTUDIANTES
 ESCUELAS PATCHOGUE-MEDFORD
 181 Buffalo Avenue
 Medford, NY 11763
 Teléfono (631) 687-6420**

SOLICITUD DE AUTO-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EXCURSIONES

Nombre de estudiante _____ Grado _____ Fecha _____

DECLARACION DE MEDICO

Condición que requiere este medicamento: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____ Duración: _____

Hora(s) del día para tomar: _____

¿Algún efecto secundario? Si No ¿Cuáles son? _____

Certifico que he completado la información anterior.

Firma de médico: _____

Fecha: _____ Teléfono de medico _____

Coloque el sello del médico aquí:

Yo _____ pido que _____
 (firma de padre) (nombre de estudiante)

se le permita llevar el medicamento en su persona en excursiones, durante el año escolar _____, ya que consideramos al estudiante responsable. El estudiante ha sido instruido y entiende el propósito y el método apropiado y la frecuencia o el uso.

Declaración del padre / tutor: Por la presente, acepto no responsabilizar al Distrito Escolar de Patchogue-Medford por cualquier asunto relacionado con la supervisión del procedimiento de automedicación; Estoy reconociendo que no es responsabilidad del distrito escolar o administrar o supervisar la administración de medicamentos a los estudiantes y que dicha supervisión o automedicación es realizada por el distrito escolar como un acomodo para mí y para mi hijo(a) _____.
 (nombre de estudiante)

Nombre de farmacia: _____ Teléfono: _____

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha: _____