

	SOLICITUD PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (CON RECETA MÉDICA)	PGH-05-R-05
---	--	--------------------

Nombre del alumno(a): _____ Edad: _____

Sección: Pre-escolar (), Primaria (), Secundaria () Curso: _____

Nombre del medicamento:	Dosis:
Propósito del medicamento:	Vía de administración:
Hora del día que el medicamento debe ser suministrado en el colegio: _____ am(), pm()	Anote cualquier requisito para almacenamiento: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Refrigerar <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
Número de días que se espera dar el medicamento en el colegio: <input type="checkbox"/> Hasta el final del ciclo escolar actual <input type="checkbox"/> _____ días <input type="checkbox"/> _____ semanas <input type="checkbox"/> _____ mes/meses ¿Regresar el medicamento a la casa a diario? Si ___ No ___	¿Su hijo/a es alérgico/a alguna comida/medicina, u otra cosa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (si es sí, enumere las alergias.) 1. _____ 2. _____ 3. _____ ¿Es el medicamento una sustancia controlada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Posibles efectos secundarios: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono de la oficina: _____ Correo electrónico: _____
--

Autorizo que mi hijo (a) _____, reciba el medicamento por la enfermera/aux. de enfermería del Colegio Británico Internacional S.A., tal como se ha recetado con todas las indicaciones anteriormente anotadas. Es mi responsabilidad informar al Colegio si la orden médica llegara a cambiar.	
_____ Firma del padre/madre o responsable legal	_____ Fecha
_____ Nombre del padre/madre o responsable legal	_____ Teléfono durante el día