

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

MEDICAMENTOS (Escriba el nombre de todos los medicamentos que toma su hijo/a, dosis y horas de medicación):

Cada medicamento suministrado en la escuela requiere del consentimiento escrito de los padres. Cada medicamento prescrito necesita una receta médica y el consentimiento escrito de los padres. Los formularios médicos se pueden obtener en la oficina de la escuela.

<u>MEDICAMENTOS</u> (Nombre)	<u>DOSIS</u>	<u>TIEMPO O SITUACIÓN</u> (Cuando ha sido administrado)	<u>QUIÉN LO ADMINISTRA</u> (Niño/Adulto)	<u>DONDE SE GUARDA</u> (En casa/En la escuela/Backpack...)
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				
6. _____				
7. _____				

Sí No doy permiso para que el(la) Director(a) o su designatario se comunique con cualquiera de los contactos de emergencias que he proveído en caso de que mi hijo(a) se encuentre enfermo(a) en la escuela y no puedan comunicarse conmigo por vía telefónica.

Sí No doy permiso para comunicarse con el médico del estudiante y efectuar consulta, si es necesario.

Sí No doy permiso para compartir los registros actuales de las vacunas de mi hijo(a) así como la actualización futura en el Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando la notificación por escrito al Distrito Escolar. Después de la fecha de notificación, el Distrito Escolar proporcionará actualizaciones de los nuevos archivos al Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR).

En caso de grave enfermedad o un accidente en la escuela, entiendo que mi hijo(a) será enviado(a) por el escuadrón de rescate a la sala de emergencias. (Todos los gastos cargados por el hospital son responsabilidad de los Padres de Familia/Representantes).

Este formulario ha sido llenado de acuerdo a mis conocimientos.

Firma del Padre de Familia/Representante		Fecha		Idioma que se habla en casa?
---	--	--------------	--	-------------------------------------