

**MODEL SECONDARY SCHOOL FOR THE DEAF
AUTORIZACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

SHS – 3

Nombre impreso del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Si su estudiante **NO** está tomando ningún medicamento con o sin prescripción, por favor marque (✓) aquí y coloque su firma y fecha aquí.

Devuelva este formulario junto con el formulario de Antecedentes Médicos del estudiante.

PADRES/REPRESENTANTES LEGALES DE MSSD: Si su estudiante está tomando medicamentos con o sin prescripción, vitaminas o suplementos, por favor lleve este formulario al médico de su estudiante para que lo complete. Devuelva este formulario debidamente completado junto con el formulario de Antecedentes Médicos del estudiante de MSSD.

Diagnostico: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS/FRECUENCIA	EFFECTOS SECUNDARIOS

¿Está el paciente autorizado a tomar el medicamento por si solo? Sí No

Las fechas en que el medicamento debe ser administrado son desde el: _____ hasta el _____

Comentarios: _____

Nombre del médico _____ (_____)
Número de teléfono

Calle _____ (_____)
Número de fax

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Firma del médico _____ Fecha _____