

# MSSD- Formulario de Autorización Para la Administración de Medicamentos

Este formulario sirve como verificación de los medicamentos que su estudiante está tomando, así como también una autorización para el staff médico de Student Health Services, para administrar medicamentos, como indicado por el proveedor de atención primaria (MD, DO, NP o PA) de su estudiante. Por favor complete y envíe este formulario, junto con otra documentación médica requerida, antes de que su estudiante llegue a MSSD.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante (Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Padres/Rep. Legales, por favor marquen (✓) las opciones que aplican a su estudiante y firmen:

- Mi estudiante **NO** toma medicamentos con prescripción o de venta libre
- Mi estudiante **SOLO** toma medicamentos de venta libre, vitamina(s) o suplemento(s)
- Mi estudiante toma medicamentos con prescripción médica, **además de/ y no usa** medicamentos de venta libre

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si su estudiante **no toma medicamentos**, solo necesidad completar la página 1.

Si su estudiante solo **toma medicamentos de venta libre (OTC) (vitaminas, suplementos, pastillas para dormir, etc.)**, llene ambas páginas pero solo firme la página 1.

Si su estudiante toma **cualquier tipo de medicamento con prescripción médica**, por favor llene ambas páginas y haga que el proveedor de atención medica de su estudiante firme y ponga la fecha en la página 2, junto con el diagnóstico pertinente relacionado al medicamento de su estudiante.

**Si hubiera algún medicamento nuevo, o cambios en la dosis o frecuencia, o si su estudiante deja de tomar alguno de los medicamentos, usted deberá completar un formulario nuevo y enviarlo a Student Health Services.**

**MODEL SECONDARY SCHOOL FOR THE DEAF**

800 Florida Avenue, NE • Washington, DC 20002-3695

(202) 651-5031 (voice) • (202) 250-2152 (videophone) • (202) 651-5109 (fax) • www.gallaudet.edu

# MSSD- Formulario de Autorización Para la Administración de Medicamentos

Nombre Impreso del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>DOSIS/FRECUENCIA</b>	<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Número de fax \_\_\_\_\_

Dirección del Médico \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**MODEL SECONDARY SCHOOL FOR THE DEAF**

800 Florida Avenue, NE • Washington, DC 20002-3695

(202) 651-5031 (voice) • (202) 250-2152 (videophone) • (202) 651-5109 (fax) • www.gallaudet.edu