



ARCHDIOCESE
of MILWAUKEE

Form
5141.5 (a)

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA
PADRES / GUARDIANES - MEDICAMENTOS SIN RECETA**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
ESCUELA:	GRADO:
DIAGNOSIS:	

Como padre/madre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, le doy permiso a la escuela para administrar los siguientes medicamentos a mi hijo/a por el diagnóstico / motivo mencionado anteriormente.:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS: (MG, CC, ML, ETC)	RUTA: (CÓMO SE DEBE DAR)	FRECUENCIA: (QUE TAN SEGUIDO)	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	EFFECTOS SECUNDARIOS
1.						
2.						
3.						
4.						

Como padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, mantendré a la escuela al tanto de cualquier cambio en el perfil de los medicamentos o problemas de salud de mi hijo/a.

Como parte del Capítulo 118.29 del Estatuto de Wisconsin, las escuelas deben tener el permiso de un padre/madre/guardián para administrar medicamentos sin receta en la escuela. Como parte de este formulario de autorización, los empleados de la escuela pueden comunicarse con el proveedor médico si tienen preguntas sobre la administración de medicamentos, incluida una aclaración sobre la dosis, los efectos secundarios o la indicación de los medicamentos enumerados anteriormente con el permiso de los padres.

Todos los medicamentos deben estar en el envase original con la dosis terapéutica recomendada. La administración de una dosis diferente a la dosis terapéutica recomendada se puede administrar solo si la solicitud por escrito para hacerlo también va acompañada de la aprobación por escrito del proveedor médico del estudiante.

FIRMA DEL PADRE / MADRE / GUARDIÁN:	FECHA:
-------------------------------------	--------