

Administración de Analgésico

Nombre del estudiante _____ DOB _____ Grado _____

Fecha de inicio del medicamento _____ Fecha de finalización 6/18/24

Nombre del medicamento Ibuprofeno / Acetaminofen

Ruta PO Frecuencia PRN

Nombre del proveedor de atención médica: Dr. Mendler -School Physician

as per district standing orders

2023-2024
Fecha

Le autorizo a la enfermera que administre el medicamento indicado a mi hijo cuyo nombre aparece en la sección anterior. Entiendo que el distrito, la escuela, la enfermera de escuela y otros empleados de la escuela, no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la administración del medicamento indicado. Indemnizaré y mantendré indemne al distrito, la escuela, la enfermera de la escuela y otros empleados contra todos los reclamos que surjan de la administración del medicamento mencionado. Doy mi consentimiento para que la comunicación entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica que recete, sea necesaria para garantizar la administración segura del medicamento indicado.

Firma del padre / tutor

Fecha

*******EFFECTIVO POR UN (1) AÑO ESCOLAR*******