



**OYSTERPONDS U.F.S.D. IN ORIENT**  
**23405 MAIN ROAD**  
**ORIENT NY 11957**

Telephone 631 323-2410  
 Fax 631 323-3713  
 Website: www.oysterponds.org

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

**Para ser completado por el padre o tutor:**

Solicito que mi hijo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 recibir la medicación según lo prescrito a continuación por nuestro médico. Entiendo que el medicamento debe ser suministrado por mí, debe estar en la farmacia envase etiquetado original y que la medicación y recargas deben ser llevados a la escuela por el padre, tutor o adulto responsable.

Firma (Padre o Tutor): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono: Inicio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el médico:**

Solicito que mi paciente, que se enumeran a continuación, recibirá el siguiente medicamento:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA / HORA QUE DEBEN TOMARSE	RUTA DE ADMINISTRACIÓN

Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios y reacciones adversas (si lo hay): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_