

**CHAMBERSBURG AREA SCHOOL DISTRICT**  
**SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA**  
**SOLICITUD DEL MEDICO PRIVADO PARA SUPERVISION DE**  
**ADMINISTRACION POR SI MISMO DE MEDICAMENTOS CON**  
**PRESCRIPCION DURANTE LAS HORAS DE LA ESCUELA**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dianóstico \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia/Hora \_\_\_\_\_

Duración de la Administración del Medicamento \_\_\_\_\_

Reducción/Limitación de las actividades normales de la escuela (por ejemplo, Deportes, taller de madera, educación de clases de manejo, laboratorio, etc.)

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Yo aquí doy permiso al personal de la escuela del distrito de Chambersburg de supervisar mi hijo(a) en la suministración por sí mismo(a) del medicamento con prescripción mencionado arriba.

**Para la protección de su hijo(a) y los otros estudiantes, el servicio de salud de la escuela recomienda que los padres/guardián lleven el medicamento y esta forma al enfermero(a) de la escuela, oficina o designado(a).**

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha