

# Centro de Tecnología y Carreras Reading-Muhlenberg

## Permiso para Administrar Medicamentos

Estimado Padre/Encargado:

Nosotros intentamos desalentar la administración de medicamentos a los estudiantes durante un día normal de escuela. Sin embargo, si su doctor decide que es necesario que su hijo reciba un medicamento durante el día escolar, entonces la aprobación del doctor y las direcciones específicas deben ser entregadas a la escuela. Se recomienda que la primera dosis del medicamento sea administrada en el hogar. En caso de que un doctor específicamente otorgue el permiso para que el estudiante traiga consigo mismo y en todo momento su inhalador y se auto-medique, o se auto-medique cualquier otra medicina relacionada a eso, Yo como padre o encargado legal libero de toda responsabilidad legal al Centro de Tecnología y Carreras Reading-Muhlenberg (RMCTC por sus siglas en inglés) de la decisión de administrar o la responsabilidad de la administración actual de dicho medicamento.

Le pedimos que envíe la medicina en el envase original de la farmacia con la etiqueta actual de la prescripción sobre el envase. Cuando lo solicita, su farmacéutico le puede dar un segundo envase o botella etiquetado para usarse ya sea en casa o para que el estudiante lo lleve a la escuela.

Para asegurar que su hijo reciba el cuidado adecuado, le pedimos que llene esta forma y la regrese inmediatamente a la enfermería **JUNTO** con la orden del doctor – firmada por él- y enviarla lo más pronto posible.

Mrs. Mary Beth Feeg RN  
Enfermera de la Escuela  
610-921-7300 Ext. 7429

Reading Muhlenberg CTC  
Enfermera Escolar  
2615 Warren Road  
Reading, PA 19604

Yo, otorgo mi permiso para que la enfermera o personal responsable le administre la medicina durante el día a mi hijo, de acuerdo a las direcciones de la receta.

_____	_____
Nombre del Estudiante	Area del Programa
Nombre del medicamento _____	
Cantidad que se le debe dar/dosis _____	
Hora que se tiene que dar _____	
Doctor que receta la medicina _____	
Razón por la cual debe tomar este medicamento _____	
¿Está el estudiante tomando otra medicina? _____ Si su respuesta es sí, ¿Qué otra medicina está tomando? _____	
Fecha _____	Firma del Padre o Encargado _____
Número de Teléfono del Hogar _____	
Número de Teléfono del Trabajo _____	

**\*\*CONFIDENCIAL\*\***