



Autorización para la Administración de Medicamentos que No Requieren Receta (2025 – 2026)

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Yo, como padre/tutor del estudiante identificado más arriba, autorizo a través de mi firma a continuación que el/la enfermero/a y/o un administrador de Walsh Academy supervisen la administración de medicamentos a mi estudiante de los siguientes medicamentos que no requieren receta. Además, entiendo mis responsabilidades y doy mi autorización para lo siguiente:

- El padre/tutor proporcionará todos los medicamentos identificados a continuación y lo hará según la “Política de Administración de Medicamentos” de Walsh Academy.
- El padre/tutor exime de responsabilidad a Walsh Academy en conexión con esta autorización cuando los medicamentos son administrados según la información proveída a continuación.
- El padre/tutor permite que el/la enfermero/a comunique con los empleados de Walsh Academy respecto a los efectos secundarios relevantes a los siguientes medicamentos.
- El padre/tutor permite que el/la enfermero/a consulte con el siguiente médico respecto a dudas en conexión con toda la medicación identificada a continuación, incluyendo dudas respecto a la condición médica siendo tratada.
- El padre/tutor permite que el/la enfermero/o obtenga por fax la firma del médico identificado cuando sea necesario.

Medicamentos Sin Receta / Over-the-counter Medicine

Nombre del Medicamento/ Drug Name	Dosis/Dosage	Hora/Time	Instrucciones de Administración/ Instructions
Tylenol			
Ibuprofeno / Ibuprofen			

Tenga en cuenta que todos los ítems identificados aquí son medicamentos según las nuevas normas de ISBE. La autorización de un médico se REQUIERE para que cualquier medicamento identificado aquí sea administrado en la escuela. Sin la autorización de un médico, será prohibido que los medicamentos sean administrados en la escuela el padre/tutor firme o no el formulario. Si su estudiante debe recibir un medicamento en la escuela, un envase nuevo, no abierto, debe ser entregado a la escuela para el uso exclusivo de su estudiante.

Autorización del Médico del Estudiante / Attending Physician Authorization

Nombre del médico (letra de imprenta)	Dirección Calle 1	Teléfono 1
Nombre de la práctica/clínica	Dirección Calle 2	Teléfono 2
Firma del médico	Fecha	Ciudad, Estado, Código postal
		Fax

Nombre del Padre/Tutor (Letra de Molde)

Firma

Fecha