



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MONTEBELLO

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA & CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Teléfono del Hogar: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____

Compañía de Seguro Médico Familiar: _____ Número de Póliza: _____
(Ex., Blue Cross, Kaiser)

Por favor enliste cualquier medicamento prescrito o tomado actualmente por este menor:

Nombre del Medicamento: _____ Razón por Administración: _____

Dosis o cantidad de Medicamento: _____ Frecuencia Diaria: _____ Hora(s) para ser Otorgadas: _____

Efecto intencionado y posible efectos secundarios: _____

¿Se le puede dar a este menor acetaminofen (es decir **TYLENOL**)? SI NO

¿Se le puede dar a este menor ibuprofeno (es decir **ADVIL, MOTRIN**)? SI NO

¿Se le puede dar a este menor naproxen sódico (es decir **ALEVE**)? SI NO

Fecha del último REFUERZO de TÉTANOS: _____ ¿Usa lentes de contacto? SI NO

Por favor enliste cualquier alergia conocida a las comidas o medicamentos: _____

Por favor enliste cualquier otra condición, historial o información médica que pudiera ser de importancia si ocurriera una emergencia:

Doctor del Estudiante: _____ Teléfono() _____
(Nombre y/o Grupo Médico)

Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Teléfono de Emergencia() _____

Otras personas que los padres para contactarlos en caso de una emergencia :

(Nombre) (Relación) Teléfono Celular () _____ Otro Teléfono() _____

(Nombre) (Relación) Teléfono Celular () _____ Otro Teléfono() _____

(Nombre) (Relación) Teléfono Celular () _____ Otro Teléfono() _____

Firma (Padre/Tutor) (Por Favor Imprima el Nombre) Teléfono Celular () _____

Otro Teléfono () _____

Firma (Padre/Tutor) (Por Favor Imprima el Nombre) Teléfono Celular () _____

Otro Teléfono () _____