## Distrito Escolar 112 del North Shore Highland Park, Illinois

## Forma de Permiso para Suministro de Medicamento en la Escuela

| Nombre del Niño/a  |   | Escuela/Grado/Maestro:   |  |  |   |
|--|---|--|--|--|---|
| Dirección:   |   |  | Fecha de Nacin   | niento:  |   |
| embargo, en el evento que yo esté autorizo al NSSD 112, a sus empleo le permitan a mi hijo/a el auto ao NSSD112), que ha sido legalment medicamento a mi hijo/a, pueda se consentimiento de estas prácticas, hecha en contra del NSSD112, sus y sin sentido, inmoral o violenta, p | impedido de sun<br>eados y agentes,<br>lministrarse el m<br>e prescrito o rece<br>er hecha por un in<br>y doy consentim<br>e empleados y ag<br>or parte de la ad<br>es miembros del<br>untarios que no se | ninistrar el medica<br>que en mi nombre<br>edicamento, siemp<br>etado. Yo soy cons<br>ndividuo diferente<br>tiento de indemniz<br>entes, excepto cua<br>ministración o la a<br>personal del distri<br>on empleados de la | mento, ó, en caso o<br>, suministren o trate<br>pre y cuando esté b<br>sciente que puede so<br>del enfermero/a de<br>ar y no hacer respo<br>lquier demanda bas<br>auto administración<br>to escolar para con<br>a escuela, o en even | en de suministrar el medica<br>ajo la supervisión de emple<br>er necesario que la suminis<br>e la escuela y especialmente<br>nsable al NSSD112 de cua<br>sada en una conducta prem-<br>de medicamento por parte<br>npartir la información de s<br>tos escolares y paseos, en l | le la presente, Yo<br>amento a mi hijo/a (<br>cados y agentes del<br>tración de<br>e doy<br>lquier demanda<br>editada, intencional<br>del estudiante.<br>alud privada de mi |
| Fecha  |   | irma del Padre   | / Guardián   | Número T   | Telefónico  |
|  | Nomb  | re Impreso del .   | Padre/Guardiár   | 1  |   |
| Physician Section:   |   |  | <u> </u>   |  |   |
| Name of Medication:  |   | 1  | Dose:  |  |   |
| Administration instructions  | / schedule:   |  |  |  |   |
| Diagnosis requiring this me  | edication:  |  |  |  |   |
| Prescription date:   |   | Order date:  |  | Date to discontinue:   |   |
| Anticipated result:  |   |  |  |  |   |
| Possible adverse effects:  |   |  |  |  |   |
| Time interval for re-evaluar   | tion:   |  |  |  |   |
| Other current prescribed me  | edication stud  | ent is taking:   |  |  |   |
|  |   |  |  |  |   |
| Physician's Signature  |   |  | Date   |  |   |
| Print Physician's  | Name:   |  |  |  |   |
| Address:   |   |  |  |  |   |
| Phone Number:  |   |  |  |  |   |