

Rock Brook School 2021-2022

Formulario de Medicamentos

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: (____)_____ Distrito Escolar: _____

Nombre de la Madre/Guardián: _____

Teléfono celular: (____)_____ Teléfono del Trabajo: (____)_____

Nombre del Padre/Guardián: _____

Teléfono Celular: (____)_____ Teléfono del Trabajo:(____)_____

Información del Médico Proveedor

Médico Licenciado Proveedor: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Oficina Médica: (____)_____

Sello Médico

Información de Medicamento incluyendo Medicamento sin receta Médica:

Nombre del Medicamento: _____

Diagnostico: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de suspensión: _____

Ruta de Administración: _____ Dosis: _____

Frecuencia: _____ Hora (s) de Administración: _____

Instrucciones específicas de administración: _____

Efectos secundarios, contraindicaciones o reacción adversa: _____

Rock Brook School 2021-2022
Formulario de Medicamento

Información de Medicamento incluyendo Medicamento sin receta Médica:

Nombre del Medicamento: _____

Diagnostico: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de suspensión: _____

Ruta de Administración: _____ Dosis: _____

Frecuencia: _____ Hora (s) de Administración: _____

Instrucciones específicas de administración: _____

Efectos secundarios, contraindicaciones o reacción adversa: _____

Yo pido que la medicación(es) anteriormente mencionada(n), sea administrada a mi hijo(a). El médico proveedor me ha explicado el medicamento, su propósito y posibles complicaciones. Por la presente yo doy a conocer que Rock Brook School no incurrirá con ninguna responsabilidad como resultado de alguna lesión que surja después de la administración de este medicamento y por la presente indemnizo y no mantengo culpabilidad a Rock Brook School y sus empleados y/o agentes de algún reclamo que surja después de la administración de este medicamento.

Firmas Requeridas

Firma de la Madre/Padre/Guardián: _____

Firma del Médico Proveedor: _____

Favor devolver a Rock Brook School para la fecha o antes de Julio 6, 2021

Rock Brook School, Att: School Nurse *109 Orchard Rd, Skillman, NJ 08558

Tel: 908-431-9500 *Fax: 908 431-9503

nurse@rock-brook.org