



**OFICINA DE SERVICIOS DE SALUD DE ESTUDIANTES  
 ESCUELAS PATCHOGUE-MEDFORD  
 181 Buffalo Avenue  
 Medford, NY 11763  
 Teléfono (631) 687-6420**

**SOLICITUD DE AUTO-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EXCURSIONES**

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE MEDICO**

Condición que requiere este medicamento: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Hora(s) del día para tomar: \_\_\_\_\_

¿Algún efecto secundario? Si No ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Certifico que he completado la información anterior.

Firma de médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de medico \_\_\_\_\_

Coloque el sello del médico aquí:

Yo \_\_\_\_\_ pido que \_\_\_\_\_  
 (firma de padre) (nombre de estudiante)

se le permita llevar el medicamento en su persona en excursiones, durante el año escolar \_\_\_\_\_, ya que consideramos al estudiante responsable. El estudiante ha sido instruido y entiende el propósito y el método apropiado y la frecuencia o el uso.

**Declaración del padre / tutor: Por la presente, acepto no responsabilizar al Distrito Escolar de Patchogue-Medford por cualquier asunto relacionado con la supervisión del procedimiento de automedicación; Estoy reconociendo que no es responsabilidad del distrito escolar o administrar o supervisar la administración de medicamentos a los estudiantes y que dicha supervisión o automedicación es realizada por el distrito escolar como un acomodo para mí y para mi hijo(a) \_\_\_\_\_.**  
 (nombre de estudiante)

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_