

ESCUELAS PÚBLICAS DE CHICAGO

**AUTORIZACIÓN PARENTAL RELACIONADA CON
ADMINISTRARLE UN MEDICAMENTO A UN ESTUDIANTE**

_____ Nombre del estudiante	_____ Fecha de nacimiento	_____ Número de identificación
_____ Dirección	_____ Teléfono	_____ Código postal

Yo _____ (madre, padre y tutor legal) del estudiante mencionado
anteriormente, autorizo al enfermero escolar para que le administre a mi hijo el medicamento que le
prescribió su médico _____ durante la jornada escolar.
NOMBRE DEL MÉDICO

Asimismo, sé que debo entregarle el medicamento al enfermero escolar o al director/encargado en el
frasco original con la etiqueta correspondiente que el farmaceuta o proveedor autorizado proporciona.

Firma del padre o tutor

Dirección

Ciudad

Código postal

Teléfono de la residencia

Teléfono del trabajo

Fecha

***Esta autorización es válida por 1 año, contado a partir de la fecha en que se firme. En caso de que haya
un cambio en el medicamento o la dosis, se debe presentar una nueva autorización.**