



### Diabetes Information from Parent

The following information is required to meet the needs of your child. We want to provide good care to your child and deliver treatments effectively, during their time spent at school. **Please schedule a conference with the School Nurse.**

School Nurse: \_\_\_\_\_ phone # \_\_\_\_\_ fax # \_\_\_\_\_

**I. Emergency Contact Information:**

Student's name \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Teacher/grade \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Phone(H) \_\_\_\_\_ Phone(W) \_\_\_\_\_ Phone(Cell) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Phone(H) \_\_\_\_\_ Phone(W) \_\_\_\_\_ Phone(Cell) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Emergency contact \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Diabetes Physician/Clinic \_\_\_\_\_ Phone(office) \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Other Physician/Clinic \_\_\_\_\_ Phone(office) \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**II. Student History:**

A. Age at onset of Diabetes \_\_\_\_\_

B. What type of Diabetes does your child have? Type 1 Type 2

C. Does your child have an Insulin Pump? Yes No

D. If your child's blood sugar becomes low (he/she has an insulin reaction), what symptoms are usually exhibited?

\_\_\_\_\_

1. My child usually recognizes these reactions. Yes No

2. Time of day the reaction is most likely to occur \_\_\_\_\_.

E. How knowledgeable is your child about his/her diabetes and treatment plan? (Circle one)  
Very Knowledgeable      Knowledgeable      Not Knowledgeable

F. How knowledgeable are you about your child's diabetes and treatment plan? (Circle one)  
Very Knowledgeable      Knowledgeable      Not Knowledgeable

**III. We will need doctor's orders for the following information:**

\*Times for Glucose Testing at school, Times for Glucose Testing at home, Current Insulin Orders, Emergency Plan for high/low blood sugar, Meal/Snack Plan, Special Instruction regarding physical activities (P.E., field trips, Track Day)

**\*Parent will need to communicate all changes in doctor's orders to school nurse.**

**Orders must be received in writing from the MD (or via email from the MD).**

**IV. Parent/Guardian is responsible for:** keeping adequate amount of diabetes supplies at the school nurse office. Diabetic supplies should include, but are not limited to the following: glucometer, test strips, ketone strips, snacks and Glucagan emergency kit.

Parent/Guardian is responsible for providing all required equipment for students with pumps, including batteries.



V. Will your child ride the AISD bus home?  Yes, List Bus # \_\_\_\_\_  No

VI. Parent/ Guardian Authorization:

A. Release of Medical Information from Physician

I give permission \_\_\_\_\_ to communicate diabetes related information this school year regarding my child \_\_\_\_\_, who attends to Children's/AISD Student Health Services.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature                      Doctor's Office                      Print Name                      Date

B. Consent to Communicate with Physician

I give permission for Children's/AISD Student Health Services to communicate with my child's doctor's office concerning my child's diabetes.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature                      Print Name                      Date

C. Authorization for Administration of Diabetes Management and Care Services by Unlicensed Diabetes Care Assistant (UDCA)

Information to Parents

The 79<sup>th</sup> Texas Legislature, through Houses Bill 984, amended the Health and Safety Code to provide more specific requirements for the provision of diabetes management and care service to students in public schools who seek care for diabetes while at school. **Under HB 984, each school also must train other employees to serve as Unlicensed Diabetes Care Assistant who can provide diabetes management and care services if a nurse is not available when a student needs such services.** Such services include the administration of insulin or, in an emergency, glucagon. AISD has trained staff at each school to provide such services. HB 984 further specifies that an Unlicensed Diabetes Care Assistant exercises his or her judgment and discretion in providing diabetes care services and that nothing in the statute limits the immunity from liability afforded to employees under section 22.0511 of the Texas Education Code.

Under HB 984, an Unlicensed Diabetes Care Assistant may only administer diabetes care and management services if the student's parent/guardian authorizes an Unlicensed Diabetes Care Assistant to assist the student and confirms his or her understanding that an Unlicensed Diabetes Care Assistant is immune from liability for civil damages under section 22.0511 of the Texas Education Code.

Please check the appropriate boxes below to indicate your choices of services

**YES Agreement for Services:** I authorize a Trained Unlicensed Diabetes Care Assistant to provide diabetes management and care services to my child at school. I understand that an Unlicensed Diabetes Care Assistant is immune from liability for civil damages under section 22.0511 of the Texas Education Code.

**YES** My child can manage his/her diabetes independently and will not seek assistance for his/her diabetes while at school. I understand the school nurse will provide emergency care as needed. This information will be shared with school district personnel as needed.

**NO I DO NOT** authorize a Trained Unlicensed Diabetes Care Assistant to provide diabetes management and care services to my child at school.

**YES** I request that my child's classmates be informed that my child has diabetes, and given age- appropriate instruction regarding diabetes care, so that they understand the importance of symptoms and the types of intervention that may occur in the classroom.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature                      Print Name                      Date

## Información del padre sobre la diabetes

La siguiente información nos ayudará a determinar cualquier necesidad especial de su hijo(a). Queremos tomar buen cuidado de su hijo(a) y darle los tratamientos con eficacia.

**Enfermera escolar** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### **I. Información de contacto en caso de emergencia**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fec. Nac. \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_

Maestro(a)/Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/custodio \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono(celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tél: (Trabajo) \_\_\_\_\_

Nombre del padre/custodio \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono(celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tél: (Trabajo) \_\_\_\_\_

Nombre del padre/custodio \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono(celular) \_\_\_\_\_

Contacto telefónico en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Médico al cuidado de la diabetes: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

Otro médico: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

### **II. Historia del estudiante**

A. Edad cuando se presentó la Diabetes \_\_\_\_\_

B. ¿Qué tipo de diabetes tiene su hijo(a)?  Tipo 1  Tipo 2

C. ¿Tiene su hijo(a) una bomba de insulina?  Sí  No  
¿Sí?, Haga una cita para tener una **conferencia** con la enfermera de la escuela.

D. Cuando el nivel de azúcar de la sangre (glucosa) de su hijo(a) está debajo de lo normal (él/ella tiene una reacción de insulina), por lo general, ¿qué síntomas se observan?

\_\_\_\_\_

1. Por lo general mi hijo(a) reconoce estas reacciones.  Sí (explicar)  No (explicar)

\_\_\_\_\_

2. Hora del día en que es más probable que ocurra la reacción: \_\_\_\_\_.

E. ¿Qué tan informado está su hijo sobre su diabetes y el plan de tratamiento? (Encierre en un círculo la respuesta.)

Muy informado                      Informado                      No está informado

F. ¿Qué tan informado está usted sobre la diabetes y el plan de tratamiento de su hijo? (Encierre en un círculo la respuesta.)

Muy informado                      Informado                      No está informado

**III. Se requieren órdenes médicas para la siguiente información:**

- A. Horario para hacer la prueba de glucosa en la escuela
- B. Horario para hacer la prueba de glucosa en la casa
- C. Órdenes médicas actuales para el uso de insulina
- D. Plan de emergencia en caso de tener la glucosa alta o baja
- E. Plan de alimentos y meriendas
- F. Instrucciones especiales sobre actividades físicas (P.E., excursiones escolares, día de pista y campo)

**\*Los padres comunicarán todos los cambios en las órdenes médicas a la enfermera de la escuela.**

**IV. Padres/custodios son responsables de mantener la cantidad adecuada de suministros para el control de la diabetes en la oficina de la escuela. Los suministros deben incluir, pero no limitarse a: glucómetro, tiras o cintas de prueba, tiras reactivas.**

**Facilitar a la escuela un Estuche Glucagon de Emergencia (Glucagon Emergency Kit).**

V. ¿Viajará su hijo(a) en autobús para regresar a su casa?  Sí, # del autobús \_\_\_\_\_  No

**VI. Comentarios adicionales:**

**VII. Autorización de padres/custodios:**

**A. Revelar información médica por parte del doctor**

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para dar a conocer por fax o teléfono información relacionada con la diabetes de mi hijo(a) \_\_\_\_\_, que asiste a la escuela \_\_\_\_\_ a Children's/AISD Student Health Services, fax (512) 406-6543.

Oficina del doctor  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/custodio                      Nombre                      Fecha

**B. Consentimiento para Comunicarse con el Médico y Consentimiento de Tratamiento Médico**

1. Consiento en permitir a Children's/AISD Student Health Services para que se comunique con la oficina del doctor de mi hijo(a) tocante a la diabetes de mi hijo(a).
2. Yo, el abajo firmante, padre/madre/custodio de \_\_\_\_\_ solicito que se utilice con mi hijo(a) el plan de Manejo y Tratamiento de Diabetes, mencionado con anterioridad. La entrega de este formulario a la enfermera de la escuela constituye mi participación en la elaboración de este plan, y es mi consentimiento para su implementación. Avisaré de inmediato a la escuela si hay un cambio en el estado de salud de mi hijo(a), de médicos, en la información de contacto en caso de emergencia, si se cancela el proceso o algo más. Información tocante al manejo de la diabetes de mi hijo(a) puede ser compartida y obtenida de los proveedores de salud de la diabetes.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/custodio                      Nombre (letra de molde)                      Fecha

**C. Autorización para la Administración del Manejo de Diabetes y Servicios de Cuidado por un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes [Unlicensed Diabetes Care Assistant (UDCA)]**

**Información a los padres**

La 79ª Legislatura de Texas, mediante la Ley 984, enmendó el Código de Salud y Seguridad para establecer requisitos más específicos tocante a la provisión de manejo de diabetes y servicios de cuidado a

estudiantes en escuelas públicas, los cuales requieren atención médica para la diabetes mientras están en la escuela. Según la ley HB 984, cada escuela también debe capacitar a otros empleados para funcionar como Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes, el cual puede proporcionar manejo de diabetes y servicios de cuidado cuando no hay una enfermera disponible y un estudiante requiere atención médica. Estos servicios incluyen la administración de insulina, o en caso de emergencia, de glucosa. AISD ha entrenado a personal en cada escuela para proporcionar esos servicios.

Además, la HB 984 especifica que un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes ejerce su buen juicio y discreción al proporcionar servicios de cuidado de diabetes; y que no hay nada en el estatuto que limite la inmunidad a la responsabilidad concedida a empleados según la sección 22.0511 del Código de Educación de Texas.

Sírvase marcar abajo el cuadro apropiado para indicar su elección: 1. Permitir que un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes proporcione servicios de cuidado a su hijo; 2. Cuidar de sí mismo; 3. Revelar/dar a conocer la enfermedad de su hijo:

**SÍ: Acuerdo de servicios:** Autorizo a un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes para que proporcione manejo de diabetes y servicios de cuidado a mi hijo en la escuela. Entiendo que un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes no será culpable por daños civiles según la sección 22.0511 del Código de Educación de Texas.

**NO: YO NO** autorizo a un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes a proporcionar manejo de diabetes y servicios de cuidado a mi hijo en la escuela.

**SÍ:** Mi hijo puede manejar independientemente su propio cuidado de diabetes y no pedirá ayuda para controlar su diabetes mientras esté en la escuela. Entiendo que una enfermera de la escuela le dará cuidado médico en caso de emergencia. Esta información puede ser compartida con el personal del distrito escolar según sea necesario.

**SÍ:** Pido que se les informe a los compañeros de clase de mi hijo sobre su diabetes, y que se les dé instrucción apropiada sobre el cuidado de diabetes según la edad, de manera que entiendan la importancia de los síntomas y los tipos de intervención que pueden ocurrir en el salón de clases.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/custodio

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Insulin

## Parent/Guardian Authorization of Medication at School

(Complete one form for each medication)

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
 School Name: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

**Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school.** Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for medication administration at school
- Medication in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date)
- Medication label contains the student's first and last name
- Non-prescription/Over-the-counter medications may be available in the health room for two (2) weeks only with parent authorization. **After two (2) weeks, a physician's order will be required.**
- Non-prescription medication dosage must agree with manufacturer's recommendations or a physician's order will be required.
- The first dose of this medication for the current condition/illness **may not be given at school.**

**Please complete the following:**

Medication Name and Strength (only one medication per page)	Dosage	Time(s) to be Given at School	How it is Taken (mouth, eye, ear, nose, tube, on the skin, etc.)	Reason/ Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires:	

Medication Start Date: \_\_\_\_\_ Medication Stop Date (2 weeks if no order): \_\_\_\_\_

When was the first dose of this medication given for this illness/condition? \_\_\_\_\_

Date and Time

1. I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed with adequate notification from me.
2. I release school personnel from liability in the event adverse reactions result from taking the medication.
3. I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
4. I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
5. I give permission for the school nurse to consult with the above student's physician regarding any questions that arise with regard to the listed medication or medical condition being treated by the medication.
6. I give permission for the medication to be given by trained school personnel as delegated by the Principal.
7. My child \_\_\_\_\_ **may/may not** carry the medication home when the school year ends.

Circle One

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Printed Name                      Day Phone                      Home Phone

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Signature                      Date                      Relationship to Student

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ _____ may NOT administer this medication
Date
RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____

# Insulina



## Autorización de Padres/Custodio legal para dar medicinas en la escuela (Llene una forma para cada medicina)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**A la escuela deben enviarse solo las medicinas que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante, o que estén escritas en un IEP.** Los servicios de salud a niños y a estudiantes del AISD, lo mismo que el AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal, para dar medicinas en la escuela
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente membretado (nombre de la medicina, con su potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la receta, con licencia de Texas; fecha actual)
- En el membrete de la medicina deben estar el nombre y el apellido del estudiante
- Sobre los contadores medicamentos sin receta, pueden permanecer en la sala de salud durante dos semanas sólo con autorización de los padres. **Después de dos semanas, se requerirá la orden de un médico.**
- La primera dosis de esta medicina para el mal o enfermedad actual **no puede darse en la escuela.**

**Inhaladores asmáticos pueden auto-administrarse, si lo aprueba la enfermera escolar. Vea a su enfermera escolar para información adicional y para forma de petición.**

### Por favor completar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) para darla en la escuela	Cómo se toma (por la boca, los ojos, los oídos, la nariz, por tubo, en la piel, etc.)	Razón/ Padecimiento medico por el que se da la medicación	Fecha de caducidad de medicamentos:	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de la medicina: \_\_\_\_\_ Fecha para terminar la medicina (2 semanas si no hay orden) \_\_\_\_\_

¿Cuándo se dio la primera dosis de esta medicina para esta enfermedad / padecimiento? \_\_\_\_\_  
Fecha y hora

1. Pido que la medicina antes dicha se dé en horas de escuela, como lo receta el médico de este estudiante. Pido también que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita; yo daré el aviso oportuno.
2. Libero de responsabilidad al personal de la escuela, si resultan reacciones adversas de tomar la medicina.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicina (cambio en la dosis, en horario, etc.).
4. Doy permiso de que la enfermera de la escuela se comuniquen con maestros(as) del estudiante sobre su estado de salud y la acción(es) de la medicina.
5. Doy permiso de que la enfermera de la escuela consulte al médico del estudiante sobre cualquier duda que se presente con respecto a la medicina mencionada o al padecimiento médico tratado por la medicina.
6. Doy permiso de que personal escolar capacitado administre la medicina, según lo delegue el Director(a).
7. Mi hijo(a) \_\_\_\_\_ **puede/no puede** llevar la medicina a la casa al acabar el año escolar.

Encierre en un círculo una de estas 2 cosas

Nombre de padres / custodio legal, en letra de molde \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Firma de padres/custodio legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Revisado por RN \_\_\_\_\_ SHA \_\_\_\_\_ puede/ \_\_\_\_\_ NO puede administrar esta medicina  
Date

Nombre de RN en LETRA DE MOLDE: \_\_\_\_\_ Firma de RN: \_\_\_\_\_

# Glucagon

## Parent/Guardian Authorization of Medication at School

(Complete one form for each medication)

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
 School Name: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

**Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school.** Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for medication administration at school
- Medication in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date)
- Medication label contains the student's first and last name
- Non-prescription/Over-the-counter medications may be available in the health room for two (2) weeks only with parent authorization. **After two (2) weeks, a physician's order will be required.**
- Non-prescription medication dosage must agree with manufacturer's recommendations or a physician's order will be required.
- The first dose of this medication for the current condition/illness **may not be given at school.**

**Please complete the following:**

Medication Name and Strength (only one medication per page)	Dosage	Time(s) to be Given at School	How it is Taken (mouth, eye, ear, nose, tube, on the skin, etc.)	Reason/ Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires: _____	

Medication Start Date: \_\_\_\_\_ Medication Stop Date (2 weeks if no order): \_\_\_\_\_

When was the first dose of this medication given for this illness/condition? \_\_\_\_\_  
 Date and Time

1. I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed with adequate notification from me.
2. I release school personnel from liability in the event adverse reactions result from taking the medication.
3. I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
4. I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
5. I give permission for the school nurse to consult with the above student's physician regarding any questions that arise with regard to the listed medication or medical condition being treated by the medication.
6. I give permission for the medication to be given by trained school personnel as delegated by the Principal.
7. My child \_\_\_\_\_ **may/may not** carry the medication home when the school year ends.

Circle One

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Printed Name                      Day Phone                      Home Phone

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Signature                      Date                      Relationship to Student

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ _____ may NOT administer this medication Date
RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____



# Glucagon

## Autorización de Padres/Custodio legal para dar medicinas en la escuela (Llene una forma para cada medicina)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**A la escuela deben enviarse solo las medicinas que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante, o que estén escritas en un IEP.** Los servicios de salud a niños y a estudiantes del AISD, lo mismo que el AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal, para dar medicinas en la escuela
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente membretado (nombre de la medicina, con su potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la receta, con licencia de Texas; fecha actual)
- En el membrete de la medicina deben estar el nombre y el apellido del estudiante
- Sobre los contadores medicamentos sin receta, pueden permanecer en la sala de salud durante dos semanas sólo con autorización de los padres. **Después de dos semanas, se requerirá la orden de un médico.**
- La primera dosis de esta medicina para el mal o enfermedad actual **no puede darse en la escuela.**

**Inhaladores asmáticos pueden auto-administrarse, si lo aprueba la enfermera escolar. Vea a su enfermera escolar para información adicional y para forma de petición.**

### Por favor completar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) para darla en la escuela	Cómo se toma (por la boca, los ojos, los oídos, la nariz, por tubo, en la piel, etc.)	Razón/ Padecimiento médico por el que se da la medicación	Fecha de caducidad de medicamentos:	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de la medicina: \_\_\_\_\_ Fecha para terminar la medicina (2 semanas si no hay orden) \_\_\_\_\_

¿Cuándo se dio la primera dosis de esta medicina para esta enfermedad / padecimiento? \_\_\_\_\_  
Fecha y hora

1. Pido que la medicina antes dicha se dé en horas de escuela, como lo receta el médico de este estudiante. Pido también que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita; yo daré el aviso oportuno.
2. Libero de responsabilidad al personal de la escuela, si resultan reacciones adversas de tomar la medicina.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicina (cambio en la dosis, en horario, etc.).
4. Doy permiso de que la enfermera de la escuela se comunique con maestros(as) del estudiante sobre su estado de salud y la acción(es) de la medicina.
5. Doy permiso de que la enfermera de la escuela consulte al médico del estudiante sobre cualquier duda que se presente con respecto a la medicina mencionada o al padecimiento médico tratado por la medicina.
6. Doy permiso de que personal escolar capacitado administre la medicina, según lo delegue el Director(a).
7. Mi hijo(a) \_\_\_\_\_ **puede/no puede** llevar la medicina a la casa al acabar el año escolar.

Encierre en un círculo una de estas 2 cosas

Nombre de padres / custodio legal, en letra de molde \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Firma de padres/custodio legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Revisado por RN \_\_\_\_\_ SHA \_\_\_\_\_ puede/ \_\_\_\_\_ NO puede administrar esta medicina  
Date

Nombre de RN en LETRA DE MOLDE: \_\_\_\_\_ Firma de RN: \_\_\_\_\_