



Weatherford Independent School District

Health Services

**SOLICITUD DE PADRES PARA LA ADMINISTRACION DE
MEDICAMENTOS DURANTE HORAS DE ESCUELA**

PARA LA ENFERMERA O AYUDANTE DE LA CLINICA _____
(escuela)

FECHA _____

ESTUDIANTE _____

Para que el estudiante nombrado en la linea de arriba pueda permanecer en la escuela, es necesario que se le administre el siguiente medicamento, de acuerdo a las instrmcciones del embase, durante horas de escuela.

NOMBRE DEL
MEDICAMENTO _____

INSTRUCCIONES _____

POR ESTE MEDIO YO PIDO QUE LA MEDICINA ESPECIFICADA ARRIBA SE LE
ADMINISTRE AL ESTUDIANTE NOMBRAOO EN LA LINEA DE ARRIBA

FIRMA DEL PADRE O
TUTOR _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____ FECHA _____