



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 \_\_\_\_\_