

WOODLAND SCHOOL DISTRICT 50 (DISTRITO ESCOLAR WOODLAND 50)

PRIMARY

17366 Gages Lk. Rd.
Gages Lake, 60030
(847) 856-3623
Fax (847) 816-4511

ELEM. EAST

17261 Gages Lk. Rd.
Gages Lake, 60030
(847) 856-3651
Fax (847) 549-9806

ELEM. WEST

17371 Gages Lk. Rd.
Gages Lake, 60030
(847) 856-3641
Fax (847) 816-0708

INTERMEDIATE

1115 Hunt Club Rd.
Gurnee, 60031
(847) 596-5910
Fax (847) 855-9828

MIDDLE

7000 Washington St.
Gurnee, 60031
(847) 856-3406
Fax (847) 856-1306

PHYSICIAN AUTHORIZATION FOR THE SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION

(AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL MÉDICO PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO)

(ONLY ONE MEDICATION PER SHEET)

(SÓLO UN MEDICAMENTO POR CADA HOJA)

Student name (Nombre del estudiante) _____

Birth date (Fecha de nacimiento) _____

Address (Dirección) _____

Home Phone (Teléfono en el hogar) _____

School (Escuela) _____ Grade (Grado) _____

Teacher/Room (Maestro/aula) _____

{ I am requesting that the above named student take the following medication during school hours.
Estoy solicitando que el estudiante nombrado arriba tome el medicamento que sigue durante las horas que pasa en la escuela.

Diagnosis/Name of Disease or Syndrome

(Diagnóstico/nombre de la enfermedad o del síndrome) _____

Name of medication (Nombre del medicamento) _____

Dosage & Route (Dosificación y vía de administración) _____

Frequency/Time to be given (Frecuencia/horario de administración) _____

Date of prescription (Fecha de la prescripción) _____

Discontinuation date (Fecha de suspensión) _____

Possible Side Effects (Posibles efectos secundarios) _____

{ I certify that _____ has been instructed in the use and self-administration of the medication described above. He/she understands the need for the medication, and the necessity to report to school personnel any unusual side effects. He/she is capable of using this medication independently.
Certifico que _____ ha recibido instrucciones en el uso y la autoadministración del medicamento descrito arriba. El/ella entiende por qué es necesario el medicamento, y la necesidad de informar al personal de la escuela cualesquier efectos secundarios poco comunes. El/ella es capaz de usar este medicamento de manera independiente.

Phone Number of Physician
(Número telefónico del médico)

Signature of Physician
(Firma del médico)

Date
(Fecha)

Address of Physician
(Dirección del médico)

Print Name of Physician
(Nombre del médico con letra de imprenta)

Date
(Fecha)