

Medicina Permiso de proveedor de correo electrónico

El nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Calificación: _____

Diagnóstico 1. _____ 2. _____

yo soy prescribiendo los siguientes medicamentos y procedimientos para que el estudiante arriba mencionado sea administrado o realizado en la escuela.

DIARIAMENTE

Nombre de Daily Medication (nombre genérico y comercial)	Dosis y Frecuencia	Veces) (AMPERIOMETRO):	Fecha de inicio	fecha de finalización	Posible adverso Efecto secundario o Contraindicaciones:

PRN

Nombre del medicamento PRN (Genérico y Nombre comercial)	Dosis y frequency	Veces) (AM PM):	Fecha de inicio	Parada fecha	Posible adverso Efecto secundario o contraindicaciones:

PROCEDIMIENTOS

Nombre del Procedimiento (Cateterismo, controles de glucosa, suctioning, etc.):	Dosis y Frecuencia	Veces) (AM PM):	Comienzo fecha	Parada fecha	Parámetros de monitoreo

Las órdenes anteriores entrarán en vigencia durante el año escolar actual, la escuela de verano y mediante 30 de septiembre del siguiente año escolar, a menos que el padre/tutor legal suspenda, cambie o retire las órdenes por escrito antes de que transcurra ese tiempo.

Firma del proveedor médico

Fecha (mes/día/año)

Número de teléfono/fax

Nombre del proveedor médico impreso

Dirección