

HIGHLINE SCHOOL DISTRICT NO. 401
15675 Ambaum Blvd. S.W.
Seattle, WA 98166

FORMA DE AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS

NINGUN MEDICAMENTO SERA ADMINISTRADO EN CAMP WASKOWITZ. HASTA QUE ESTA FORMA ESTE LLENADA COMPLETAMENTE COMO ES REQUERIDO POR LA LEY DEL ESTADO.

El Distrito Escolar #401 esta autorizado de acuerdo a las ley RCW28A.210.260 del Estado a administrar cualquier prescripción médica a los estudiantes durante el tiempo que esten en Camp Waskowitz, provisto que 1.) El medicamento este acompañado por el pedido escrito, firmado, al día y sin expiración de un profesional licenciado que esta recetando de acuerdo a lo que es autorizado, y 2.) Existe una razon valida que hace necesario que este medicamento sea adiministrado durante el tiempo que el niño asista al Camp Waskowitz. Es política del distrito administrar estos medicamentos durante el tiempo que el estudiante asista Camp Wawskotiz y/o falicite su habilidad de aprender.

Solicitudes son validas solamente por el medicamento(s) abajo mencionados y las fechas indicadas en esta forma. Medicamentos deben estar en sus empaques originales con la etiqueta indicando el nombre del estudiante, el nombre del doctor que prescribe dicho medicamento, la dosis y la instrucciones de administracion. En ciertas circunstancias el Distrito puede determinar descontinuar la administración del medicamento, Si esto pasara, el padre sera notificado antes que el medicamento sea descontinuado.

Student Name: _____	School: _____
Parent/Guardian Name: _____	Telephone: Home: _____
	Work: _____

MEDICAL PROVIDER REQUEST

Medication Name and Strength:	#1. _____	#2. _____
Dosage (Number pills/tsp., etc.)	#1 _____	#2 _____
Time of administration:	#1 _____	#2 _____
Reason for administration:	#1 _____	#2 _____
Side effects:	#1 _____	#2 _____
Special Instructions:	#1 _____	#2 _____
Other medications the student is taking:	_____	
I request and authorize the administration of the above medication(s) for the period beginning the _____ day of _____ 20____ through the _____ day of _____, 20____ as there exists a valid health reason that makes administration of the medication necessary during the time the student will be at Camp Waskowitz. This medication may be administered by non-licensed/non-medical school personnel and Camp Waskowitz staff.		
PRESCRIBERS SIGNATURE: _____	TITLE: _____	
TYPE OR PRINT NAME: _____	TITLE: _____	
DATE: _____	PHONE: (_____) _____	FAX: (_____) _____

SOLICITUD DEL PADRE/TUTOR

Yo certifico que soy el padre/tutor legal, del estudiante arriba mencionado. Pido y autorizo al Distrito Escolar de Highline a adminisitrar este medicamento al estudiante arriba mencionado de acuerdo con la receta y las instrucciones del doctor del estudiante arriba mencionado.	
Firma del padre/tutor: _____	Fecha _____