



AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN PARA ESTUDIANTES DEL CMS

Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela	Para uso exclusivo de la oficina
Si se envía por fax: 704-432-2079 (Salud Escolar)		Date Received/Receiver's Signature (Fecha de recepción/Firma de quien recibe):
		Medication Received? (¿Recibió medicación?) sí no
Nombre del/de la estudiante (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento del/de la estudiante	F c v g ' C r r t q x g f I p w t u g a ' U i p c w t g (Fecha de aprobación/Firma del enfermero(a))
		Entered in EHR? (¿Ingresado en el Expediente médico electrónico?)
		sí no

Para administrar medicamentos con prescripción o de venta libre en la escuela se requiere el consentimiento por escrito del padre/madre/tutor(a) y una orden de un proveedor de atención médica con licencia en Carolina del Norte (Política JLCD y Regulación JLCD-R del CMS). Si se ha mudado desde otro estado y tiene prescripciones de un proveedor fuera del estado, comuníquese con el/la enfermero(a) de la escuela para obtener ayuda. Es posible que algunos medicamentos no sean apropiados para el ambiente escolar. Se puede solicitar información adicional para algunos medicamentos (por ejemplo: medicamentos para investigaciones o medicamentos con efectos secundarios potenciales graves e inmediatos). Comuníquese con el/la enfermee Cen el



AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN PARA ESTUDIANTES DEL CMS

ENFERMERO(A) ESCOLAR