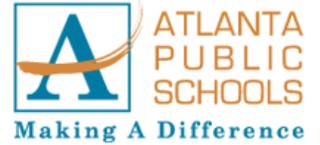


**Complete por favor una forma para cada medicina / el procedimiento médico**  
(La autorización para la administración de la medicina / los procedimientos médicos a estudiantes durante las actividades en escuela).



**Las escuelas públicas de Atlanta Public Schools**  
*La administración de la medicina / procedimientos médicos*

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Salon \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_ Emergencia# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Medicina/procedimientos / médicos \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

La fecha de empazar la medicina / elprcedimiento médico \_\_\_\_\_

Los requisitos del médico de la dosis / El método de la administración / el equipo médico \_\_\_\_\_

**El estudiante es capaz y recomendó para poser, y ser-administra esta medicina / el procedimiento médico:**

NO \_\_\_\_\_ Si-Supervisado \_\_\_\_\_ Si-Sin Supervisado \_\_\_\_\_

El tiempo la medicina deberá ser proporcionada diariamente \_\_\_\_\_

Las precauciones, los efectos posibles del lado, las intervenciones \_\_\_\_\_

Endrogo / alergias de alimento \_\_\_\_\_

La fecha de la terminación para administrar la medicina \_\_\_\_\_

Nombre de médico \_\_\_\_\_

Dirección de médico \_\_\_\_\_

Teléfono No. \_\_\_\_\_

Firma de médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

- *Padre / guardián por firma debajo de reconoce que la escuela proporciona para la administración de la medicina / el procedimiento médico como una cortesía a los padres / guardián y concuerda en tener la escuela y el sistema escolar inocuo en su tan haciendos.*
- *Adicionalmente, la autorización se otorga para obtener pertinente médico y o las copias de los registros que pertenecen a mi medicina del niño y para esta información para ser compartido con el personal pertinente como necesitado..*
- *Entiendo que efectivo el 14 de abril de 2003, bajo la Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Responsabilidad Actúa ("HIPPA") la revelación de cierta información médica se limita. Sin embargo, yo en esto autorizo la revelación de información para la provisión de servicios para mi niño. Esta autorización expira al el último día de este año escolar.*

Firma de padres / guardians \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Directora**

\_\_\_\_\_  
**Escuela**

La distribución: Dispensario – carpeta personal del estudiante – padres / guardianes - Servicios médicos