



**Carta a los padres confirmando las disposiciones
para la administración de medicación prescrita**

**Letter to parents confirming arrangements for
administration of prescribed medication**

Estimado Padre o Cuidador

La presente tiene por objeto informarle que la escuela ha acordado administrar la medicación prescrita a su niño, según su pedido. La escuela tratará de darle la medicación a la hora/s solicitada (indicada más abajo) aunque a veces algunas variaciones pueden ser inevitables. Póngase en contacto conmigo si esto le causa preocupación.

La escuela ha estado de acuerdo en que la persona indicada más abajo le entregue la medicación.

Usted deberá suministrar a la escuela la medicación prescrita y cualquier equipo asociado según se requiera. Si no puede enviar la medicación prescrita en la forma convenida, le ruego me contacte para discutir medidas alternativas.

El personal de la escuela se ha ofrecido para apoyar las necesidades de salud de su niño en la escuela. Este acuerdo se revisará anualmente o cuando haya un cambio en las necesidades de salud de su niño, o si surge una situación en que no se pueda implementar este plan.

Si por cualquier razón hay cambios en las necesidades de salud de su niño, usted debe informar a la escuela lo más pronto posible. Contacte a la escuela en cualquier momento si tiene preocupaciones o preguntas sobre estas disposiciones.

Si surge una situación en que no se pueda implementar este plan, le contactaremos en los números telefónicos provistos.

Nombre del alumno _____ Curso _____
Name of student _____ Class _____

Nombre de la persona que entregará la medicación a la escuela _____
Name of person delivering the medication to school _____

Hora/s de administración de la medicación _____
Time/s of administration of medication _____

Nombre del Director _____
Name of Principal _____

Firma del Director _____ Fecha _____
Signature of Principal _____ Date _____

Si pidió auto-administración de la medicación, ignore la sección siguiente.

PEDIDO DE AUTO-MEDICACIÓN (SELF MEDICATION REQUEST)

Si solicitó que su niño tome por sí solo la medicación, su pedido ha sido considerado cuidadosamente. Su pedido de auto-medicación por parte de su niño es:

- aprobado. La escuela continuará trabajando con usted para apoyar a su niño en el manejo de la administración de esta medicación. (supported. The school will continue to work with you to support your child in managing the administration of this medication.)
- no aprobado. Se ruega contactar la escuela. (not supported, please contact the school.)