

# Wessington Springs School District 36-2

## Forma de la medicina de dispensación del distrito escolar

Autorizo a \_\_\_\_\_ medicamentos  
(Nombre y número de la receta)

Para mi hijo:

\_\_\_\_\_  
—

Para ser administrado en el distrito escolar de Wessington Springs

Razón hijo está tomando medicamentos: \_\_\_\_\_

Procedimiento para la dispensación de medicamentos (es decir, al administrado, etcetera):

TIEMPO: \_\_\_\_\_

DOSIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

DURACIÓN: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ de padre/tutor

Firma \_\_\_\_\_

- \* Verbal permiso recibido por: fecha/hora
- \* Autorización a seguir dentro de las 24 horas.