|  |
| --- |
|  **Physician/Primary Care Provider Information****Información sobre el doctor/ el profesional del cuidado de la salud** |
| **Physician’s Name (printed):** **Nombre del doctor (escrito en imprenta):** | **Clinic’s Name:** **Nombre de la clínica:**  |
| **Address (city, state, zip):** **Dirección:**  |
| **Phone:** **Número de teléfono:**  | **Fax:** **Número de fax:**  |
| **Medication** **Medicina**  |  **Dosage**  **Dosis**  | **Route** **Vía**  | **Times Per Day** **No de veces al día** | **Reason for Med** **Razón por la que toma la medicina**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Yes/Sí | No |
| **Diet Restriction:**Restricción de la dieta: |  |  |  |
| **Activity Restriction:** Restricción de la dieta Restricciones de sus actividades |  |  |  |
| **Can student self-carry medications?**¿Puede el estudiante medicamentos auto-carry? |  |  |  |
| **Can student self-administer medications (including inhalers)?**Can medicamentos estudiante auto-administrarse (incluyendo inhaladores)? |  |  |  |

**Provider (physician, nurse practitioner, or physician assistant) signature required for WSD Nurses to administer prescription and over-the-counter medication(s), for WSD food service to offer special diet plan, and/or WSD staff to ensure activity restrictions.**

Proveedor (médico, enfermera o asistente médico) firma requerida para Enfermeras WSD para administrar medicamentos con o sin receta médica (s), para el servicio de alimentos WSD para ofrecer el plan de alimentación especial, y / o el personal de WSD para garantizar restricciones de actividades.

**Physician Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**WSD Physician Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del doctor

**This section is to be completed by PARENT/GUARDIAN**

**Esta sección debe ser completada por el PADRE, MADRE o TUTOR LEGAL**

1)For medication that the student does not self-administer: I authorize the school to administer the above-named medication to my student in accordance with the above order by my student’s Health Care Provider.

1) En el caso de medicamentos que el estudiante no se administre por sí mismo: autorizo a la escuela a suministrar el medicamento mencionado anteriormente a mi hijo(a) de acuerdo con la prescripción indicada por su profesional de salud.

2) I understand and acknowledge it is my responsibility to provide medication in the original container and with an appropriate expiration date, and that it is my responsibility to refill this medication when it is used or expired.

2) Entiendo y reconozco que es mi responsabilidad entregar el medicamento en su envase original y con fecha de vencimiento válida, así como también reponerlo cuando se haya consumido o llegado a su vencimiento.

**Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Print Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contact Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**