

MODEL SECONDARY SCHOOL FOR THE DEAF

Nombre Impreso del estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Si su estudiante **NO** está tomando ningún medicamento con o sin prescripción, por favor marque (✓) aquí
 Y coloque su firma y fecha aquí.

Regrese este formulario a MSSD junto con el formulario de historial médico del estudiante.

PADRES/REPRESENTANTES LEGALES de MSSD: Si su estudiante está tomando medicamento con prescripción, lleve este formulario a su médico para que lo complete. Regrese este formulario a MSSD junto con el formulario de historial médico del estudiante.

Diagnóstico: _____

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DOSIS/FRECUENCIA | EFECTOS COLATERALES |
|------------------------|------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Está el(la) paciente autorizado a tomar el medicamento por sí mismo(a)? Sí No

Las fechas en las que el medicamento debe ser administrado son, desde: _____ hasta _____

Comentarios: _____

Nombre del Medico _____

(_____)
 Número de Teléfono

Calle _____

(_____)
 Número de Fax

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Firma del Medico _____

Fecha _____