



AUTORIZACION PARA DISPOSICION DE MEDICAMENTOS NO UTILIZADOS

Esta sección debe ser completada por la Oficina de la Enfermería:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Medicamento(s) almacenados en la Escuela (con receta o sin receta): _____

Enfermera de la Escuela: _____ # de tel: _____ Fecha: _____

Esta sección debe ser completada por el Padre:

Si hay algún medicamento sin usar, por favor:

- Descarte cualquier medicamento restante.
- Deje el medicamento en la escuela para la Escuela de Verano.
- Yo recogeré el medicamento antes o en el ultimo día de la asistencia del estudiante.

Si esta forma no esta completa y entregada en la Oficina de la Enfermería en o antes del ultimo día de la asistencia del estudiante, todos los medicamentos (con receta o sin receta) serán eliminados de acuerdo al Departamento de Recursos Naturales de WI.

Si tiene preguntas, por favor contacte a la Enfermera de la Escuela.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DE SALUD

Fecha: _____

Formulario de Disposición recibida. Cantidad de medicamento entregado al Padre/Guardián: _____

No fue entregado el Formulario de Disposición. Cantidad de medicamento abandonado: _____

Lugar de la Disposición: _____ Firma del Testigo #1: _____ Firma del Testigo #2: _____