



**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: \_\_\_\_\_