

**Distrito Escolar Metropolitano del Municipio Pike  
Permiso Médico Escrito**



**CES**  
7001 Zionsville Rd  
St.  
Indianapolis, IN 46268  
317-297-2778

**CPES**  
2811 Barnard St.  
  
Indianapolis, IN 46268  
317-347-7400

**DRES**  
5401 N. High School Rd  
  
Indianapolis, IN 46254  
317-299-1266

**ECES**  
6905 W. 46<sup>th</sup>  
  
Indianapolis, IN 46254  
317-291-1311

**EES**  
7625 New Augusta Rd.  
Indianapolis, IN 46268  
317-387-5900

**FCPA**  
8301 W. 86<sup>th</sup> St.  
Indianapolis, IN 46278  
317-347-8470

**GCEs**  
4301 W. 52<sup>nd</sup> St.  
Indianapolis, IN 46254  
317-298-2780

**NAS**  
6250 Rodebaugh Rd.  
Indianapolis, IN 46268  
317-387-4325

**NJELC**  
7839 New Augusta Rd.  
Indianapolis, IN 46268  
317-387-7100

**SCES**  
5455 W. 56<sup>th</sup> St.  
Indianapolis, IN 46254  
317-295-7200

**GCMS**  
4401 W. 52<sup>nd</sup> St.  
Indianapolis, IN 466254  
317-293-4549

**LMS**  
5353 W. 71<sup>st</sup> St.  
Indianapolis, IN 46268  
317-291-9499

**NAN**  
6450 Rodebaugh Rd.  
Indianapolis, IN 46268  
317-387-4328

**PFC**  
6801 Zionsville Rd.  
Indianapolis, IN 46268  
317-347-8600

**PHS**  
5401 W. 71<sup>st</sup> St.  
Indianapolis, IN 46268  
317-291-5250

**PPA**  
7140 Waldemar Dr.  
Indianapolis, IN 46268  
317-347-8352

De acuerdo con el estado de Indiana, todos los medicamentos recetados y no recetados deben ser administrados a los estudiantes en el centro de salud por empleados escolares designados. Para que se le pueda administrar medicamentos a su hijo, debe entregar su permiso por escrito a la escuela junto con el medicamento. Recomendamos que envíe a la escuela solo la cantidad de medicamento que se debe administrar durante el horario escolar durante el número total de días que se debe administrar el mismo.

El siguiente permiso ha sido diseñado para ayudarlo a usted y a la escuela a cumplir con este requisito del Estado. Complete todos los espacios en blanco, firme y coloque la fecha para que el formulario sea válido. Este formulario debe completarse para cada medicamento enviado a la escuela con su hijo. Puede obtener más formularios de la oficina de la escuela.

**Nombre del Alumno:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Medicamento:** \_\_\_\_\_

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

**Horario que se le debe dar el medicamento:** \_\_\_\_\_

**Cada cuánto se le debe dar el medicamento:** \_\_\_\_\_

¿Es un medicamento bajo receta?      **Circule:**      **Sí**      **No**

- A. Si es así, el medicamento debe estar en el frasco original y debe venir acompañado de instrucciones escritas del médico
- B. Si el medicamento no es recetado, indique la razón por la que se debe administrar el medicamento. (por ej., dolor de cabeza, congestión, etc.)

A mi leal saber y entender, los datos anteriores son correctos. Por la presente, doy permiso a \_\_\_\_\_, para que le administren a mi hijo, el medicamento arriba mencionado.  
(School's Name)

Todo medicamento sobrante será regresado el padre/madre o tutor o persona mayor de dieciocho años (18) de edad que haya sido designada, por escrito, por el padre/madre o tutor.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Firma del medico

Fecha