

TULSA PUBLIC SCHOOLS
Departamento de Servicios de Salud

Fecha: _____

Estimado(s) Padre(s), Guardián(es) o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno:

Hemos notado que su hijo y/o hermano está trayendo medicina(s) y/o equipo médico a la clínica de salud de la escuela. Si hay circunstancias especiales que le previene de traer esto a la clínica de salud de la escuela, y si usted cree que el niño este bastante maduro para manejar la responsabilidad de traer medicina y si no hay otra alternativa, favor de linear la forma de excepción y devolverla a la clínica de salud de la escuela tan pronto como sea possible. Sin embargo note usted que **Ritalin o cualquier otra substancia controlada tiene que ser transportada por adulto**. Si usted elige que su hijo transporte las medicina, usted sera responsable por cualquier pérdida, robo, contaminación o uso inapropiado hecho por individuos, antes de que lleguen al miembro designado de la escuela.

Le agradecemos su ayuda en proveer un ambiente seguro para la salud de su hijo.

Sinceramente,

Firma de la Enfermera

Titulo

Firma del Administrador del Sitio

Titulo

***HAY QUE HACER ESTA PETICIÓN CADA AÑO ESCOLAR.**