

Form JGCD-5

*Empowering Dreams for the Future*  Spanish

**DISPOSAL OF MEDICATION NOTIFICATION LETTER**

Carta de notificación sobre el deshecho de medicamentos

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: |  |

Mes/ día /año

Estimado Padre/Tutor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Su hijo/hija) |  | aún tiene medicamentos sin usar en la |

clínica de la escuela. Por favor firme en una de las líneas indicando su selección. Con su firma, la escuela sabrá que acción tomar con el medicamento sobrante en la clínica.

1. **YO, buscaré** el/los medicamento(s) antes del último día de clase del presente año lectivo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor

**O**

1. **YO, autorizo** a la escuela para que deseche (arrojar a la basura) el medicamento que queda en la clínica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor

Si usted no devuelve este formulario notificando a la escuela sobre su intensión, o si usted no busca el/los medicamento(s) tal como se indica en este formulario; entonces todo medicamento que no se haya buscado antes del último día de clases del año lectivo, será arrojado a la basura.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la enfermera de la escuela

|  |  |
| --- | --- |
| Horario de la Clínica: |  |