



**AUTORIZACIÓN/REGISTRO PARA ADMINISTRAR
MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA
(Escuelas Secundarias y Bachilleratos)**

Año Escolar _____/_____

Nombre del/la estudiante _____ Grado _____

En caso de una lesión o enfermedad menor durante la jornada escolar, autorizo que la enfermera de la escuela sea quien administre la dosis de medicamento(s) señalados, en base a su peso y estatura y en acuerdo con la dosis recomendada en la etiqueta de manufactura. Tengo entendido que se utilizarán otros métodos de cuidado antes de administrar estos medicamentos (por ej.: darle un almuerzo, descanso, etc.).

También entiendo que si mi hijo/a necesita otro(s) medicamento(s) por un período largo de tiempo o para una enfermedad crónica, yo debo proporcionar el(los) medicamento(s) en su recipiente original de la farmacia y llenar un formulario de permiso para cada medicamento.

Estoy de acuerdo en que el distrito escolar y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción legal, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento.

El administrar cualquiera de los medicamentos siguientes se hará de acuerdo al criterio profesional de la enfermera escolar y solamente por ella o una enfermera suplente calificada.

MARQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USTED AUTORICE PARA SER ADMINISTRADOS

Todos los medicamentos proporcionados por los padres o tutores legales deberán estar en su empaque original.

Tylenol® (Acetaminophen)

- Adulto tableta de 500 mg
- Adulto tableta de 325 mg
- Tableta masticable para niño de 80 mg

Benadryl® (Diphenhydramine)

- Tableta de 25 mg

- Loción Calamine
- Loción Caladryl
- Crema Hydrocortisone
- Grageas para la tos
- Benzocaina (Orajel™)

Tums® (Calcium Carbonate)

- Tableta de 500 mg

Motrin®/Advil® (Ibuprofeno)

- Adulto tableta de 200 mg
- Tableta masticable para niño de 50 mg

ISE-HS-003 SPA Mid/High (Rev 03/18) Firma de un padre de familia o tutor legal _____ Fecha _____



**AUTORIZACIÓN/REGISTRO PARA ADMINISTRAR
MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA
(Escuelas Secundarias y Bachilleratos)**

Año Escolar _____/_____

Nombre del/la estudiante _____ Grado _____

En caso de una lesión o enfermedad menor durante la jornada escolar, autorizo que la enfermera de la escuela sea quien administre la dosis de medicamento(s) señalados, en base a su peso y estatura y en acuerdo con la dosis recomendada en la etiqueta de manufactura. Tengo entendido que se utilizarán otros métodos de cuidado antes de administrar estos medicamentos (por ej.: darle un almuerzo, descanso, etc.).

También entiendo que si mi hijo/a necesita otro(s) medicamento(s) por un período largo de tiempo o para una enfermedad crónica, yo debo proporcionar el(los) medicamento(s) en su recipiente original de la farmacia y llenar un formulario de permiso para cada medicamento.

Estoy de acuerdo en que el distrito escolar y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción legal, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento.

El administrar cualquiera de los medicamentos siguientes se hará de acuerdo al criterio profesional de la enfermera escolar y solamente por ella o una enfermera suplente calificada.

MARQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USTED AUTORICE PARA SER ADMINISTRADOS

Todos los medicamentos proporcionados por los padres o tutores legales deberán estar en su empaque original.

Tylenol® (Acetaminophen)

- Adulto tableta de 500 mg
- Adulto tableta de 325 mg
- Tableta masticable para niño de 80 mg

Benadryl® (Diphenhydramine)

- Tableta de 25 mg

- Loción Calamine
- Loción Caladryl
- Crema Hydrocortisone
- Grageas para la tos
- Benzocaina (Orajel™)

Tums® (Calcium Carbonate)

- Tableta de 500 mg

Motrin®/Advil® (Ibuprofeno)

- Adulto tableta de 200 mg
- Tableta masticable para niño de 50 mg

ISE-HS-003 SPA Mid/High (Rev 03/18) Firma de un padre de familia o tutor legal _____ Fecha _____

