



GUIA PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Permiso: Se deberá archivar un permiso por escrito para todos los medicamentos administrados en la escuela, incluyendo aquellos sin receta (OTC). El permiso deberá renovarse cada año.

Medicamentos: Se permitirá administrar solo aquellos medicamentos con o sin receta aprobados por la FDA (Food and Drugs Administration). OTC serán administrados acorde a la dosis de la etiqueta del paquete original, a no ser que haya una receta del doctor.

Envase: La medicina con receta debe entregarse en la escuela en su envase original con una etiqueta de receta incluida en el envase con el nombre del estudiante, nombre del doctor, fecha, nombre del medicamento, dosis, y horario de administración. Las sustancias controladas deben ser presentadas con el formulario "Medication Count" (cantidad del medicamento). Los medicamentos sin receta proveídos por los padres deben estar en su envase original y etiquetados con el nombre del estudiante



PERMISO PARA MEDICAMENTOS

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Fecha _____

Medicamentos sin receta

Con mis iniciales abajo, doy permiso para que el personal de la escuela administre a mi hijo los siguientes medicamentos como sean necesarios debido a un malestar o lesión. Los medicamentos varían según las escuelas y grados.

- Acetaminofén (Tylenol)
- Ibuprofeno (Advil o Motrin)
- Pastillas para la tos (sin medicamento)
- Pomada (pomada antiséptica, loción calamina, hidrocortisona)
- Antiácidos
- Gotas para los ojos (lubricante sin medicamento)
- Antihistamínico oral (difenhidramina, cetirizina)
- Gotas Antihistamínicas para las alergias

Los padres también pueden traer otras medicinas sin receta, por favor indíquelas abajo:

Medicamento: _____ Dosis: _____
 Razón: _____ Horario: _____
 Medicamento: _____ Dosis: _____
 Razón: _____ Horario: _____

Medicamentos con receta

Medicamento: _____ Dosis: _____
 Razón: _____ Horario: _____
 Medicamento: _____ Dosis: _____
 Razón: _____ Horario: _____

Los días de salida temprano o entradas tardes por favor indique una de las siguientes opciones:

- NO administrar la medicación en los días de salida temprano
- Administrar la medicación en el horario de almuerzo
- NO administrar la medicación en los días de entrada tarde
- Administrar la medicación en el horario indicado en la prescripción

Para asegurar la continuidad del cuidado, doy permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el doctor de mi hijo acerca de la administración del medicamento en la escuela.

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____

El personal de la escuela que administre la medicación de acuerdo a la dosis indicada será protegido de cualquier reacción adversa que el estudiante experimente. Mi hijo ha tomado previamente la medicación arriba indicada sin experimentar ninguna reacción adversa.

Nombre del Padre/Tutor en Imprenta: _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____