



Princeton Public Schools

A. Doy permiso a mi _____
(Hijo/Hija – Nombre en letra imprenta)

ESCUELA: _____

1. Para recibir: **Motrin/Advil/Ibuprofeno** (*edad y peso apropiado*)
2. Para recibir: **Tylenol** (*edad y peso apropiado*)

*Si es necesario durante el horario escolar: dolor de cabeza, cólicos, dolor de muela o dolor en general.

B. Concedo permiso a la escuela para administrar el tratamiento de emergencia para mi hijo/a

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Padre/Tutor - FIRMA)

Por favor provea la lista de medicamentos que su hijo utiliza diariamente o cuando sea necesario.

_____ Inhalador

_____ Epi-Pen

Tipo de alergia: _____

Medicación utilizada: _____

Contacte a la enfermera de su escuela si la medicación es requerida durante el día escolar

Actualizada a la fecha 12/11/20