

Distrito Escolar Black Hawk

CONSENTIMIENTO para la autorización de administración de medicamentos de venta libre (OTC) o sin receta

Por favor complete ambos secciones

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CALIFICACIÓN: _____

*Este formulario deberá ser completado anualmente. Se mantendrá archivado en la oficina de salud de la escuela. Si no hay un formulario firmado, se realizará una llamada telefónica a un padre/tutor en una ocasión. Luego, el formulario se enviará a casa para que lo firmen y lo devuelvan. Estarán disponibles paracetamol, ibuprofeno, Benadryl y Tums. Si lo prefieres puedes enviar un original separado biberón etiquetado para su hijo.

PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

Por favor ponga sus iniciales en cada medicamento que usted autorice para su administración en la escuela. Circule la forma preferida de medicación.

_____ **Ibuprofeno (Advil)**(para el dolor, la fiebre) Tabletas masticables líquidas

_____ **Acetaminofén (Tylenol)**(para el dolor, la fiebre) Tabletas masticables líquidas

_____ **Benadril**(para reacción alérgica, picazón) Tabletas líquidas

_____ **Giros (fuerza regular)**

___ Doy permiso para que los medicamentos anteriores se administren según las indicaciones

Las personas calificadas y capacitadas en la administración de medicamentos tienen mi permiso para administrar los medicamentos anteriores como se indica en la etiqueta.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

