

Frost Valley Forma de la Medicación Para los Servicios Médicos

Escuela _____ **Líder** _____
Apellido del estudiante: _____ **Nombre:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **Pesa:** _____ **Alergias:** _____
Nombre de Médico: _____ **Teléfono:** _____

Los medicamentos sin recetas siguientes están disponibles en el centro de salud. Estas medicamentos se pueden administrar en la discreción de una enfermera registrada por instrucciones de la etiqueta por edad y el peso solamente si la firma del padre y del médico se documenta abajo. Nota: Todas las medicaciones se deben enviar en el empaquetado original.

Nombre de la droga genérica	Método	Schedule and Indications	Provider Order
Acetaminophen (Tylenol)	Por la boca (chewable tabs, elixir or tabs)	Q 4h as needed for pain or fever>___-F	Sí o No
Ibuprofen (Motrin)	Por la boca (chewable tabs, elixir, suspension or tabs)	Q 6h as needed for pain or fever>___-F	Sí o No
Sudafed	Por la boca (tabs)	Q 4h nasal congestion *not more than 4 doses in 24 hours	Sí o No
Cough drops	Por la boca (lozenges)	Q 2h as needed for sore throat	Sí o No
Guaifenesin (Robitussin)	Por la boca (syrup)	Q 4 h for cough	Sí o No
Dimenhydrinate	Por la boca (chewable tabs) 50 mg	Q 6 h motion sickness	Sí o No
Generic Benadryl	Por la boca (elixir, chewable tabs or pills)	Q 6 h as needed for allergic reaction, hives, insect bites	Sí o No
Sunblock or sunscreen	Apply topically	30 minutes prior to sun exposure as needed for outdoor activities	Sí o No
Bacitracin Zinc 1%	Apply topically	Q 4 h for signs of irritation to skin	Sí o No
Hydrocortisone Cream 1%	Apply topically	Q4 h for itch	Sí o No

Médico

Por Favor, documente abajo el régimen actual de la medicación para medicaciones programadas y "como necesarias" recibidas rutinario por el menor de edad arriba conocido.

Medicamentos recetados	Método	Dosis	Horario *Sea específico *: ex: (qam,qhs,bid, tid qid,)	Comentarios

Permiso para llevar la medicación. [Bloque de sol, inhaladoras de rescate, y epi -pens]

Pedimos que permitan el estudiante nombrado arriba para llevar uno o todo de la siguiente:

(Por favor, marca todos que aplique e indique el pedido del doctor arriba)

Bloque de sol _____ Epi - pen _____ Albuterol Inhaler _____ Proventil Inhaler _____ Insulin Pump Pens _____

Otro _____

Comentarios: _____

Permitirán al menor de edad indicado para llevar siempre los artículos/las medicaciones arriba. Los padres y el médico lo ha dado instrucciones y el/ella reconoce la comprensión apropiada del propósito, de la frecuencia y del método apropiado de uso de estos artículos. Como se lo considero responsable, no detendré empleados del YMCA responsables de ningunos problemas o cuestiones que puedan presentarse con respecta a la autoadministración de mi niño de estos artículos/medicaciones.

DEBE TENER LAS FIRMAS SIGUIENTES O NINGUNO DE ARRIBA CONOCIDO SOBRE LAS MEDICACIONES CONTRARIAS, LAS MEDICACIONES PRESCRITAS O UNO MISMO LLEVA MEDICACIONES SERÁ ADMINISTRADO EN EL CAMPO

Firma de Médico: _____
 Numero de teléfono: _____ Dirección: _____

Firma de Padre/Guarda: _____