

Formulario de Autorización de Medicamentos Sin Prescripción
 Este formulario debe ser usado para la Oficina de Salud de la Escuela que está surtida con medicamentos sin prescripción (OTC) solamente.

Mar 2014
 Revisado: Feb 2018

El Asesor Medico del las Escuelas del Condado de Duplin ha proporcionado órdenes permanentes y protocolos para medicamentos sin prescripción, las cuales se enumeran a continuación. Con un consentimiento firmado de parte de un padre o guardián, los estudiantes ahora pueden recibir medicamentos sin prescripción para aliviar sus síntomas y permitirles tener un día escolar exitoso sin tener que obtener una orden de su médico de cabecera. Si usted desea que su hijo reciba estos medicamentos en la escuela, por favor indique sus preferencias a continuación y firme su consentimiento. La enfermera escolar asesora a su hijo y medidas apropiadas de alivio serán utilizadas antes de que medicamento sea administrado. Medicamentos pueden ser añadidos o removidos de este formulario de autorización a cualquier hora durante el año escolar, al contactar la Enfermera Escolar. Este formulario tiene que ser completado totalmente cada año escolar por un padre o guardián.

Parte 1 Para ser completada por el padre o guardián

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____
 Alergias a Medicamentos: _____ Año Escolar: _____ Maestro/a: _____
 Condiciones Medicas: _____
 Enumere TODOS los medicamentos que su hijo toma diariamente u ocasionalmente: _____

Parte 2 Para ser completada por el padre o guardián

- o Por medio de la presente autorizo a le enfermera escolar para administrar los medicamentos sin prescripción **marcados abajo.**
- o Yo entiendo que estos medicamentos serán dados solamente después que haya sido determinado que es apropiado y necesario.
- o Yo entiendo que el uso de **ibuprofen** y **acetaminophen** esta limitado a **tres dosis en un mes** y una evaluación del doctor y una orden de medicamentos será requerida si mi niño necesita tomar analgésicos con mayor frecuencia.

Si ___ No ___	Acetaminophen – administrar la dosis de acuerdo de la edad y peso del niño
Si ___ No ___	Ibuprofen – administrar la dosis de acuerdo de la edad y peso del niño
Si ___ No ___	Tums – administrar de acuerdo con la etiqueta del fabricante
Si ___ No ___	Crema Hydrocortisone – para las picaduras de insectos o salpullido
Si ___ No ___	Pomada antibiótica – para cortadas o raspaduras
Si ___ No ___	Pastillas para la tos – para tos o irritación de la garganta

Nombre del Padre/Guardián (letra de molde): _____ Teléfono durante el día: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Part 3 To be Completed by School Nurse

Part 1 and 2 above are complete including signatures

School Nurse Signature: _____ Date: _____

Date	Time	Reason	Medication	Dose	Signature