

Asistencia Con Medicamentos Sin Receta

Los siguientes medicamentos/artículos sin receta han sido aprobados por el médico de nuestra escuela y pueden administrarse para el alivio sintomático de condiciones de salud menores a discreción de la enfermera de la clínica y con la autorización de los padres. Imprima, firme y devuelva este formulario al comienzo del año escolar.

Nombre del Estudiante: _____ Grado/Salón de Clases: _____

Fecha de Nacimiento/Edad: _____ Peso del Estudiante: _____

Escuela: _____ Año: _____

Autorizo a la enfermera de la clínica a administrar los siguientes medicamentos/artículos sin receta dar según sea necesario en base a la mejor evidencia y las instrucciones del producto

(marque todo lo que autorice):

- Acetaminofén para el dolor.
- Ibuprofeno para el dolor y/o la inflamación.
- Tabletas antiácidas: para molestias gastrointestinales menores.
- Bacitracina: para cortaduras menores y abrasiones.
- Pomada o crema de hidrocortisona para irritaciones leves de la piel.
- Cremas/lociones contra la picazón (es decir, calamina, calamina transparente) - para irritación leve de la piel

Los siguientes elementos *se utilizarán* de forma regular en la clínica para ayudar a tratar molestias menores. Comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo si no desea que su hijo use estos artículos.

Jabones/toallitas/sprays antisépticos, lociones/cremas/bálsamos para el cuerpo, soluciones para el cuidado de los ojos (es decir, solución de contacto, gotas humectantes), vaselina/aquaphor, lavado de heridas con solución salina, gárgaras con agua salada, toallitas para matar picaduras, aloe, pasta de dientes, enjuague bucal, toallitas de bebé, cera dental

****Autorizo al personal de las Escuelas de la Ciudad de Marietta a ayudar a mi hijo a tomar la medicación. Por la presente libero y renuncio, y además acepto indemnizar, eximir de responsabilidad o reembolsar a las Escuelas de la Ciudad de Marietta, los miembros individuales, agentes, empleados y representantes de los mismos, de y contra cualquier reclamo que yo, o cualquier otro padre o tutor, cualquier hermano, el estudiante, o cualquier otra persona, firma o corporación puede tener o reclamar tener, conocido o desconocido, directa o indirectamente, por cualquier pérdida, daño o lesión que surja de, durante o en relación con la administración de este medicamento.*

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____