

**CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE MEDICAMENTOS SIN RECETA**

De conformidad con los requisitos legales y las directrices del distrito ya establecidas, las enfermeras escolares pueden administrar medicamentos pre-aprobados sin receta en el plantel escolar. Esta forma es para obtener consentimiento el cual dura por el periodo de un año escolar.

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Alergias a medicamentos: ☐ No ☐ Sí – Explique, por favor _____

Problemas de salud: ☐ No ☐ Sí – Explique, por favor _____

Doy permiso para que la enfermera escolar administre los siguientes medicamentos pre-aprobados sin receta. (Por favor, marque todo lo que sea pertinente):

- ☐ Se puede aplicar gel de Aloe Vera para piel seca, piel con picazón que no está sangrando y quemaduras solares.
- ☐ Se puede administrar Tylenol o un equivalente genérico de acetaminofén para una fiebre de 101 grados o mayor. La dosis no excederá las directrices de la Administración Federal de Medicamentos (Federal Drug Administration/FDA).
- ☐ Se puede administrar Ibuprofeno solamente a alumnos de **secundaria o preparatoria** para dolores menstruales. La dosis no excederá las directrices de la Administración Federal de Medicamentos (Federal Drug Administration/FDA).
- ☐ Se puede administrar Ibuprofeno solamente a alumnos de **secundaria o preparatoria** para lesiones relacionadas a los deportes. La dosis no excederá las directrices de la Administración Federal de Medicamentos (Federal Drug Administration/FDA).

Reconozco, entiendo, y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Se requiere consentimiento escrito y verbal para que la enfermera escolar administre medicamentos pre-aprobados sin receta.
- Solamente la enfermera escolar administrará medicamentos pre-aprobados sin receta.
- La dosis administrada no excederá las directrices de la Administración Federal de Medicamentos (Federal Drug Administration/FDA).
- No se administrarán medicamentos pre-aprobados sin receta más de una vez al día, por más de tres (3) días consecutivos o más de tres (3) veces en un mes.
- Se puede enviar a mi hijo a casa si tiene fiebre, de acuerdo con la ley estatal y la política de la Junta Escolar.
- La aplicación o administración de medicamentos pre-aprobados sin receta no exime a mi hijo de ser enviado a casa.
- No se administrarán medicamentos pre-aprobados sin receta a alumnas embarazadas o que están lactando.

_____/_____/_____/_____
Nombre Parentesco Teléfono Casa Empleo

Firma del padre o tutor legal

Fecha