



## Consentimiento para Administrar Medicinas Almacenadas en la Escuela

Acetaminophen, Ibuprofen y Benadryl (o genéricos) se conservan en almacén **ÚNICAMENTE** en los niveles de secundaria y preparatoria y se ofrecen como cortesía a los estudiantes y sus padres o tutores. Dichas medicinas en almacén se dotarán según lo indique el paquete.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

El estudiante que se indica puede recibir las siguientes medicinas en almacén **durante el año escolar actual**:

***La ley Estatal requiere el permiso del padre o tutor, por escrito, antes de que el personal de salud escolar pueda proporcionar cualquier medicina en la escuela.***

**Favor de verificar las medicinas que usted desearía tener disponibles para su estudiante y la cantidad por dotar:**

Medicina	Dosis	Dosis
Acetaminophen, 325 mg., cada tableta	<input type="checkbox"/> 1 tableta - 325 mg.	<input type="checkbox"/> 2 tabletas - 650 mg.
Ibuprofen 200 mg, cada tableta	<input type="checkbox"/> 1 tableta - 200 mg.	<input type="checkbox"/> 2 tabletas - 400 mg.
Benadryl 25 mg, cada tableta	<input type="checkbox"/> 1 tableta - 25 mg.	
Calcium Carbonate (Tums)	<input type="checkbox"/> 1-2 tabletas - 500-1000 mg	

Certifico que mi hijo no tiene alergias conocidas con las medicinas indicadas arriba.

Se sabe que mi hijo es alérgico a las siguiente medicinas: \_\_\_\_\_

Instrucciones adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Como padre o tutor del estudiante mencionado arriba, mantendré informado al distrito escolar de todo cambio en los medicamentos o situaciones de salud de mi hijo.**

Por la presente doy permiso al personal escolar designado para dar medicamentos a mi niño durante el día escolar, incluyendo cuando esté fuera del plantel en asuntos escolares oficiales, de acuerdo con las instrucciones por escrito del médico que se muestran en esta forma.

Por la presente doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y a los maestros del salón de clase, de la administración y posibles efectos adversos de dicha medicación.

Además, estoy de acuerdo en mantener al Distrito Escolar del Área de Appleton y a los empleados que administren la medicina, sin responsabilidad en cualquier o toda queja resultante de la administración de este medicamento en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha