

 <p>School for the Deaf and the Blind Engage • Empower • Equip</p>	<p>Autorización para administración de medicamentos de SCSDB en la escuela u OTC enviados desde el hogar. Medicamentos de venta libre (over the counter, OTC)</p> <p>Número de teléfono del Centro de salud CSA 864-577-7780 Fax 864-577-7629</p>	B
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Cuando sea posible, el padre, la madre o el tutor debe administrar los medicamentos a los estudiantes antes o después de escuela. Los medicamentos de venta libre (OTC) se deben administrar dentro de los límites establecidos y según las instrucciones indicadas en el paquete o el prospecto. El distrito escolar puede rechazar solicitudes de administración de ciertos medicamentos.

Nota: El personal de enfermería no administrará ningún medicamento de venta libre alternativo, lo que incluye suplementos herbales y aceites esenciales, con o sin la orden de un médico.

*Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

<p>¿Su hijo es alérgico a alimentos, medicamentos u otros productos?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, enumere las alergias).</p>

<p>Los medicamentos de venta libre proporcionados por SCSDB están disponibles de forma genérica:</p>		
<p>Paracetamol Antiácido Antiemético Ungüento antibiótico Antidiarreico Antihistamínicos Benzocaína tópica</p>	<p>Betadine Solución Salicilato de bismuto Carbonato de calcio Alcanfor fenol tópico Medicamentos para la tos y el resfriado Dextrosa Hidrocortisona</p>	<p>Peróxido de hidrógeno Ibuprofeno Laxante Aerosol nasal Pseudoefedrina Aerosol nasal salino Aerosol para la garganta</p>

<p>¿Su hijo toma otros medicamentos en su casa?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, ¿qué medicamentos?)</p>

<p>*Medicamentos sin receta desde casa: :</p>	<p>*Dosis:</p>
	<p>)Frecuencia:</p>

Autorizo que se administre el medicamento señalado anteriormente a mi hijo durante el día escolar si resulta necesario. Comprendo que la escuela requiera que acepte las normas del distrito escolar respecto de los medicamentos antes de que este se proporcione a la escuela. Eximiré de toda responsabilidad a la escuela, al distrito escolar o al personal de la escuela en caso de que mi hijo presente reacciones adversas cuando el medicamento se administre según las instrucciones de la etiqueta o el prospecto. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela en caso de que se modifiquen los medicamentos de mi hijo o de que su estado de salud cambie.

* _____
Firma del padre/madre/tutor

* _____
Fecha

* _____
Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta

* _____
Número de teléfono

***Se deben completar todos los campos con asteriscos.**