

Williamson Central School

williamsoncentral.org
(315) 589-9661

PO Box 900
Williamson, NY
14589

E. Bridget Ashton
Superintendent of Schools

Junio de 2024

Estimados padres/madres/tutores:

La ley del estado de Nueva York requiere una orden escrita del médico y el permiso escrito de la madre, padre o tutor no solo para los medicamentos recetados sino para los medicamentos y las preparaciones sin receta también.

Por favor, revise la lista de preparaciones y tache cualquier artículo que no desee que se le suministre a su hijo/a. Complete el formulario y devuélvalo firmado a la oficina de salud de la escuela.

Para los medicamentos recetados que pudieran ser necesarios en la escuela (es decir, inhaladores, epi-pens, medicamentos para el TDAH, etc.), se requiere un formulario adicional. Este formulario debe estar firmado por la madre/padre/tutor y por el médico que recetó el medicamento. **El medicamento debe estar en el envase original y debe tener la etiqueta de la farmacia.** Las madres/padres/tutores deben asumir la responsabilidad de hacer llegar la medicina directamente a la oficina de salud de la escuela.

Atentamente,

Bethany R. Moore RN, BSN Enfermera de escuela superior Coordinadora de enfermería 315-589-9625 bmoore@williamsoncentral.org 315-410-5470 (fax)	Lynn Wersinger, LPN Enfermera de intermedia LPN 315-589-9665, ext. 3521 lwersinger@williamsoncentral.org 315-410-5586 (fax)	Hayley Musclow, RN Enfermera de escuela elemental 315-589-9668 opción3 hmusclow@williamsoncentral.org 315-410-5343 (fax)
---	---	--



DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WILLIAMSON
FORMULARIO DE SOLICITUD PARA MEDICAMENTOS y PREPARACIONES SIN RECETA

Año escolar 2024-2025

*** Tache los medicamentos o preparaciones que no desea que se le suministre a su hijo/a. ***

Medicamento	Dosis	Frecuencia
Acetaminofén 15 mg/kg/dosis (max 325 mg por dosis)	325 mg	PO q4-6h PRN dolor o fiebre >/= 100.4 F
Ibuprofeno 10 mg/kg/dosis (max de 400 mg por dosis)	200-400 mg	PO q6-8h PRN dolor o fiebre >/= 100.4 F
Difenhidramina 1.25 mg/kg/dosis (max 25 mg por dosis)	12.5-25 mg	PO q6h PRN alergias o reacción alérgica
Tums (max de 4 tabs por 24h)	1 tableta: menores de 12 años 2 tabletas: mayores de 12 años	PRN ardor de estómago, indigestión
Triple Antibiótico/Polisporina/ Neospoin/Bacitracina	Aplicación tópica en las zonas afectadas	PRN cortes o raspaduras
Calamina/Loción Caladryl	Aplicación tópica en las zonas afectadas	PRN picor
Vaselina o Aquaphor	Aplicación tópica en las zonas afectadas	PRN herida leve o sequedad
Loción no perfumada para manos y cuerpo	Aplicar sobre la piel	PRN sequedad
Solución salina oftálmica	Aplicar en los ojos	PRN sequedad
Pastillas para la tos		PRN tos, dolor de garganta
Crema de hidrocortisona al 1%	Aplicar sobre la piel	PRN picor
Gel de aloe vera	Aplicar sobre la piel	PRN quemaduras solares/quemaduras

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi hijo/a tiene permiso para usar los medicamentos y las preparaciones sin receta que hay en las instalaciones del Distrito Escolar Central de Williamson. He tachado los artículos que mi hijo/a NO debe usar.

Nombre de la madre/padre/tutor: _____

Firma de la madre/padre/tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del proveedor de servicios médicos: _____

Firma del proveedor de servicios médicos: _____

Fecha: _____ Número de teléfono: _____

Considero que este estudiante es responsable de tomar sus propios medicamentos y, además, le doy permiso para llevar consigo y autoadministrarse este medicamento. Se le considerará independiente en la administración del medicamento y solo necesitará intervención en caso de emergencia.

Firma del proveedor de servicios médicos: _____