



Formulario de Tratamiento de Emergencia

Nombre del estudiante: _____ ID# _____

Grado: _____ Enumere todas las ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

Explique la reacción:

PERMISO DE MEDICAMENTOS SIN RECETA

Doy permiso para que mi hijo, _____, reciba los siguientes medicamentos de la enfermera de la escuela / designada cuando se indique durante el horario escolar. Estos medicamentos NO están diseñados para un uso continuo o frecuente. Los medicamentos no se pueden administrar durante más de tres días seguidos y más de dos veces (hasta tres días) en un mes. Este permiso por escrito permanecerá vigente para el año escolar actual y debe renovarse cada año. El personal de la escuela administrará estos medicamentos según las órdenes permanentes de un asesor médico y tiene derecho a negarse a medicarse. Los estudiantes que requieren medicamentos regularmente para una condición médica documentada deben tener el permiso por escrito de los padres y la orden del médico para el medicamento. Complete un formulario de autorización de medicamentos por separado y traiga el medicamento en un frasco debidamente etiquetado como se indica en la política de medicamentos del distrito. Los siguientes medicamentos sin receta se pueden administrar a los estudiantes durante el horario escolar a discreción de la enfermera de la escuela y según las órdenes permanentes. Esto está destinado a ser utilizado solo para primeros auxilios y no se dispensará indiscriminadamente.

Por favor, compruebe:

Tylenol (Acetaminofén) **Sí/No**

Loción de calamina/ Caladryl **Sí/No**

Benadryl (difenhidramina) **Sí/No**

Bacitracina **Sí/No**

Irrigación ocular/solución salina estéril **Sí/No**

Vaselina **Sí/No**

Pastillas para la tos (solo para los grados 6-12) **Sí/No**

A veces, es posible que sea necesario compartir información de salud confidencial con otras personas según sea necesario, como el personal de emergencia/hospital, los acompañantes durante los viajes patrocinados por la escuela, los maestros, los conductores de autobús, la administración, los consejeros, los asistentes de aula/cafetería, los entrenadores y/o según sea necesario con otro personal de la escuela involucrado con mi hijo.

Nombre de Padre/Madre _____ Firma _____

Fecha _____ Numero de contacto _____