FORMULARIO DE PERMISO PARA MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Distrito Escolar de Marshfield
Enfermería/Servicios de Salud

NOMBRE DEL ESTUDIANTE_____GRADO ____ ESCUELA _____YEAR_____

Nuestras escuelas almacenan medicamentos de venta libre (OTC) comúnmente solicitados para uso según sea necesario. Para las escuelas en Wisconsin, los medicamentos de venta libre tomados según las indicaciones no requieren una receta médica, sin embargo, **se requiere el consentimiento por escrito antes de que se administre CUALQUIER medicamento a los estudiantes menores de 18 años.**

Por favor, marque SÍ para cualquiera de los medicamentos que le gustaría que su hijo recibiera (según la dosis recomendada y según las instrucciones en la etiqueta) en caso de una enfermedad o lesión menor.

SÍ	ORAL	RAZÓN
	Paracetamol (Tylenol)	Cefaleas Dolor musculoesquelético Cólicos menstruales
	Ibuprofeno (Advil)	
	Carbonato de calcio (Tums)	Antiácido, indigestión **A partir de 12 años**
	Carbonato de calcio, aluminio, magnesio (Pepto Kids)	Antiácido, indigestión **De 5 a 11 años**
	Losanjes (Mentol)	Tos, dolor de garganta **A partir de 5 años**

SÍ	TÓPICO	RAZÓN
	Bacitracina	Hidrata, reduce el riesgo de infección, alivia el dolor
	Gel para quemaduras	Enfría y alivia las quemaduras superficiales
	Hidrocortisona 1%	Alivia la picazón, la erupción cutánea y el enrojecimiento
	Ungüento labial medicado	Alivia los labios agrietados y muy agrietados
	Alivio de picaduras (benzocaína, lidocaína, mentol)	Picazón, alivio de picaduras para picaduras y picaduras de insectos
	Loción de calamina	Alivia la picazón en la piel, el sarpullido y las picaduras de insectos

Al poner sus iniciales y firmar a continuación, un padre o tutor legal reconoce:

Inicial aquí: _____ El estudiante no tiene alergias o sensibilidades conocidas a ninguno de los medicamentos orales o tópicos revisados.

Inicial aquí: _____ La sala de salud de la escuela puede limitar la frecuencia de uso o exigir a las familias que proporcionen un suministro personal de medicamentos después de que se hayan administrado 5 o más dosis durante un año escolar.

*****ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES*****

Inicial aquí: _____ La sala de salud de la escuela **no se comunicará** con usted cada vez que se administre cualquiera de los medicamentos marcados, a menos que se determine que es más que una enfermedad o lesión menor.

Inicial aquí: _____ La sala de salud de la escuela **se** comunicará con usted cada vez que se administre cualquiera de los medicamentos marcados.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

*Para medicamentos de venta libre que no figuran en este formulario, o si el medicamento debe administrarse de manera regular, utilice los formularios Permiso e instrucción de medicamentos o Solicitud de automedicación del estudiante. *