

HUSD Medicamentos de Venta Libre / Autorización de Padre/Tutor y del Prescriptor

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Profesor:** _____ **Año escolar:** 2026-2027 **Grado:** _____

La escuela requiere que un padre/tutor traiga el medicamento en su envase original sin abrir con el prospecto incluido. Los estudiantes no pueden llevar medicamentos.

Los medicamentos homeopáticos y naturopáticos no están aprobados por la FDA para su uso y, por lo tanto, no se consideran para su uso como medicamentos de venta libre.

Los medicamentos sin receta se administrarán en una dosis acorde con el peso y/o la edad del niño, según se indique en el envase del medicamento.

Para asegurar que el uso de este medicamento no esté enmascarando síntomas de alguna condición grave, se debe presentar una declaración de un Médico o Prescriptor Autorizado a la enfermera escolar para la administración de medicamentos sin receta más allá de las instrucciones recomendadas en la etiqueta del producto o si se va a **administrar más de 3 veces para el mismo problema/condición.**

Para minimizar la posibilidad de una sobredosis accidental de medicamentos, **no se dispensarán medicamentos sin receta durante la primera y la última hora de la jornada escolar.**

Además, si un niño participa en deportes escolares u otra actividad extracurricular, el padre o tutor es responsable de administrar cualquier medicamento de venta libre

Para ser completado por el padre/tutor:

	Nombre del medicamento de venta libre	Dosis	Tiempo a dar	Motivo de la medicación	Si es PRN - enumere síntomas/condiciones para los medicamentos	Efectos secundarios/Reacciones adversas
1						
2						

Ruta circular de administración ~

- Oral (Pastilla / Cápsula / Masticable / Líquido)
- Temático (Ungüento / Gota para los ojos / Gota para los oídos)

He leído y comprendido la información anterior. Solicito que el personal escolar designado asista a mi hijo/a administrándole el medicamento de venta libre que necesita, como se indica arriba, en la escuela de acuerdo con la política estándar del distrito escolar. Por la presente doy permiso para el intercambio de información sobre el medicamento de venta libre de mi hijo/a con su médico o profesional autorizado para recetar.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

**** Marca:** ____ 3 días o menos O ____ más de 3 días consecutivos o más de lo que recomienda la etiqueta del producto (requiere la firma del Dr.)

Firma del médico

Nombre en letra de imprenta del médico

Fecha

Número de teléfono del médico: _____ **Fax:** _____ **Dirección:** _____