Unidad Intermedia Carbon Lehigh #21

AUTORIZACIÓN PARA MEDICACIÓN NO PRESCRITA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

El siguiente estudiante puede recibir la medicación no prescrita que se indica a continuación durante el horario escolar para mantener una salud suficiente y participar en el programa escolar:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO *(marca todo lo que corresponde)*

- ☐ Paracetamol (paracetamol genérico)
- ☐ Ibuprofeno (Advil genérico)
- ☐ Antihistamínico (para reacciones alérgicas)
- ☐ Crema de primeros auxilios
- ☐ Vaselina
- ☐ Caladryl
- ☐ Pastillas para la garganta
- ☐ Maalox y antiácidos equivalentes
- ☐ Otros: _____

TODOS LOS MEDICAMENTOS SE ADMINISTRARÁN A DISCRECIÓN DEL PERSONAL SEGÚN EL TIEMPO Y DOSIS RECOMENDADOS POR EL FABRICANTE, SALVO QUE SE INDIQUEN OTRAS INSTRUCCIONES A CONTINUACIÓN:

Por la presente eximo, exonero y exento de responsabilidad a la Unidad Intermedia de Carbon Lehigh, a sus agentes y empleados, de cualquier responsabilidad y reclamación por la administración de dicho medicamento.

He leído y estoy de acuerdo con la política de medicación mencionada:

_____

Firma del padre/tutor Fecha

_____

Edificio