Formulario de pedido de medicamentos de venta libre

Para los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que se administran en la escuela, el Departamento de Educación del Estado de Nueva York requiere aprobación previa por escrito de **ambos**un proveedor de atención médica y el padre/tutor. Si su hijo necesita medicamentos, tanto su proveedor de atención médica como usted deberán completar este Formulario de Autorización de Medicamentos y proporcionar el medicamento de venta libre para su hijo. Por favor, haga los arreglos necesarios con la enfermera de su escuela para entregar los medicamentos. Hay ciertos productos comunes de venta libre.A continuación se enumeran los medicamentos que requieren el consentimiento del médico y de los padres. Una vez completado, este formulario autoriza a la enfermera escolar a administrar o aplicar los siguientes medicamentos de venta libre a su hijo/a durante el horario escolar.

Este formulario debe estar firmado yinicialadopor tuproveedor de atención médica y usted.

Nombre del estudiante:_____**Fecha de nacimiento:**_____**Alergias:**_____

Medicamento	Indicaciones de uso y condiciones en las que debe administrarse el medicamento. Por favor, añada indicaciones si es necesario.	Dosis y vía de administración del medicamento	Frecuencia y/o tiempo	Consentimiento del proveedor de atención médica (Por favor, firme con sus iniciales)	Padre/ Consentimiento del tutor (Por favor, ponga sus iniciales)
Vaselina	Irritación de la piel	Aplicación tópica al sitio			
Loción corporal/de manos sin perfume: Eucerin o marca similar.	Aplicar sobre la piel seca y con picazón.	Aplicación tópica al sitio			
loción de calamina	Analgésico	Aplicación tópica al sitio			
Alcohol líquido al 70% y toallitas con alcohol.	Protector cutáneo/astringente	Aplicación tópica al sitio			
Benzalconio para primeros auxilios	antiséptico	Aplicación tópica al sitio			
Aquaphor	Aplicar sobre la piel/labios secos.	Aplicación tópica al sitio			
Solución de contacto: Bausch and Lomb o marca similar.	Oftálmico	Para la inserción de contactos			
Toallitas/almohadillas para aliviar picaduras que contienen alcohol etílico/lidocaína al 2%.	Antiséptico y analgésico	Aplicación tópica al sitio			
Bacitracina	Antiséptico	Aplicación tópica al sitio			

Para ser completado porProveedor de atención sanitaria:

Autorizo la administración de los medicamentos que he rubricado arriba a este estudiante.

Nombre/Cargo del médico autorizado para prescribir:(Por favor, escriba en letra de imprenta)	Número de licencia:	Fecha:
*Firma:		Iniciales:
Dirección de la oficina:		Teléfono:

Para ser completado por Padre/Tutor:	
Nombre:(Por favor, escriba en letra de imprenta)	Fecha:
*Firma:	Iniciales:
***La firma anterior autoriza a la escuela a utilizar los medicamentos de venta libre que figuran en este formulario.**	Teléfono móvil: