



Formulario de autorización para medicamentos que no requieren receta médica

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____
Apellido Nombre

Alergias a medicamentos: No Sí Si contestó que sí, escriba el nombre del medicamento

Describa la reacción: _____

El padre o tutor proveerá los medicamentos que el alumno puede tomar en la escuela. **Todo medicamento que introduzca al campus debe ser revisado por la enfermera e incluido en el presente formulario.** En cualquier momento durante el ciclo escolar se pueden agregar o eliminar medicamentos del formulario de autorización sólo necesita hablar con la enfermera de la escuela. Con la autorización de los padres, se le podrán administrar a su hijo (a) los siguientes medicamentos que no requieren receta médica.

Por favor marque "sí" para autorizar a la enfermera o al personal de la escuela a administrarle a su hijo (a) los siguientes medicamentos en la escuela. Dichos medicamentos se administran siguiendo las instrucciones que aparecen en el producto a menos que el médico indique por escrito lo contrario.

Medicamentos que no requieren receta médica que se administran de acuerdo a las instrucciones que aparecen en el producto:	Indicaciones:	Sí
Paracetamol o acetaminofén (<i>Tylenol</i>) o producto genérico.	Alivia el dolor y disminuye la fiebre.	
Pastillas para aliviar la tos o pastillas para la garganta.	Tos e irritación de la garganta.	
Carbonato de calcio (<i>Tums</i>).	Dolor de estómago.	
Ibuprofeno (<i>Advil</i>) o producto genérico.	Alivia el dolor y disminuye la fiebre.	

Favor de agregar otros medicamentos que no requieren receta médica, y que usted espera que le proporcionemos a su hijo (a). No incluya medicamentos que requieren receta médica en el espacio a continuación.

Medicamentos que no requieren receta médica que se administran de acuerdo a las instrucciones que aparecen en el producto:	Indicaciones:	Sí

Autorizo que la enfermera de la escuela o personal asignado por la misma proporcione a mi hijo (a) los medicamentos que aparecen en la lista para que mi hijo (a) se los auto administre.

Firma del padre o de la madre

Fecha

Medicamento/Motivo	Dosis	Día y hora	Suministro	Firma de la enfermera o administrador

"Los programas y actividades del distrito Sweetwater Union High School District deberán estar libres de discriminación basada en género, sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, estado civil o discapacidad física o mental, orientación sexual o por la percepción de una o más de dichas características." Política 0410 de la Mesa Directiva de SUHSD.