

Permiso de los Padres para dar Medicamentos Sin Receta

Nombre del estudiante _____ Maestro (a) del Salion _____ Grado _____

Los Medicamentos Sin Receta (MSR, **por** sus siglas en inglés OTC) son medicamentos que no requieren receta médica y se compran "sin **receta**". Se requiere este formulario de permiso antes de que se pueda administrar cualquier medicamento en la escuela cuando **sea** requerido.

Por favor ponga sus iniciales en cada medicamento para el cual está dando permiso.

_____ Yo apruebo todos los medicamentos listados abajo.

_____ No quiero que se le dé ningún medicamento sin receta a mi estudiante.

Medicamentos Sin Receta

- ___ Pomada antibiótico
- ___ Crema de hidrocortisona
- ___ Crema de Benadryl
- ___ Gel para quemadura
- ___ **Loción de calamina**
- ___ Vaselina
- ___ **Antiácidos**
- ___ **Pastillas** para la tos/mentas
- ___ Medicina Estomacal Pepto Bismol
- ___ Gotas para los ojos/salina
- ___ **Lavado** antiséptico de heridas
- ___ Peróxido de hidrógeno
- ___ Alcohol **Medicinal**

Los medicamentos indicados arriba pueden ser administrados a mi estudiante

Firma

Fecha

La escuela no puede suministrar medicamentos para **uso** frecuente o diario. Para medicamentos sin receta no listados en **esta** forma, o si el medicamento debe administrarse regularmente, **por** favor debe entregarle el **medicamento a la** enfermera de la escuela. **Todos** los medicamentos sin receta deben estar en el **envase** original **del** fabricante con el nombre del estudiante adjunto al envase **de la** medicina. La(s) medicina(s) deben ser traídas **a** la escuela por un adulto. **Por favor no** envíe medicamentos con **su** estudiante.

Historial de Medicamentos:

¿Es su estudiante alérgico(a) a cualquier medicamento? _____ Si es así, por favor nombrar la(s) medicina(s) y tipo de reacción: _____

¿Su estudiante toma algún medicamento (cualquier MSR o prescripción) diariamente? _____

Si es así, por favor listar el medicamento _____
