

CHRISTUS School Based Clinics

Permiso de los padres para la Administración de Medicina sin receta

Tenga en cuenta: Todos los medicamentos se debe dar fuera del horario escolar cuando sea posible. Sólo el medicamento necesario para mantener a los estudiantes cómodo y permanecer en la escuela será dado.

Se administrarán medicamentos en la escuela sólo bajo la siguiente condiciones:

1. El formulario de consentimiento ha sido **completado** por el padre o guardian.
2. Sólo miembros del personal de la escuela que han completado con éxito la formación impartida por una enfermera practicante de CHRISTUS School Based Clinics será autorizado para dispensar los medicinas sin receta que aparecen abajo
3. Si el medicamento se proporciona, el padres o guardian será notificado por teléfono, según lo indicado en la tarjeta de procedimiento de emergencia del niño o se enviara una nota al hogar indicando las medicinas sin receta que se le dieron al niño en la escuela.
4. Los medicamentos serán suministrados por CHRISTUS School Based Clinics y se mantendran en sus envases originales. Ellos serán almacenados en un armario o en un cajón cerrado con llave en la clínica de la escuela.

A continuación se muestra una lista de los medicamentos sin receta.

- Acetaminofeno (por ejemplo Tylenol) - para el dolor o fiebre mayor de 100.4
- Bacitracina pomada - para los cortes, laceraciones
- Claritin (Loratadine) – para alérgicas
- Benadryl para reacciones alérgicas menores
- Pastilla Chloraseptic por molestias en la garganta
- Hidrocortisona al 1% crema para las irritaciones menores de la piel
- Ibuprofeno (por ejemplo, Motrin, Advil) - para el dolor o fiebre mayor de 100.4
- Solución salina normal - para la congestión nasal

*** ***IMPORTANTE***: Si hay un medicamento antes mencionado **que no** desea que su niño reciba, por favor, **trace una línea a través de la medicación.**

Yo autorizo a la enfermera escolar u otro personal escolar capacitado para administrar cualquiera de los medicamentos sin receta antes medicamentos a mi hijo/a segun sea apropiado.

Estudiante en letra de molde y Fecha de Nacimiento: _____

Cualquier alergia a medicamentos conocidos: _____

Escriba el nombre del padre / guardian

Firma del padre o guardian y fecha

Número de teléfono

Correo electrónico