



Permiso de los Padres
Formulario de medicamento de venta libre (OTC)

Nombre del escolar: _____

Grado: _____ Maestro: _____

Medicamento sin receta (sin receta).

El padre o tutor debe presentar una autorización por escrito para que el alumno reciba, se administre por sí mismo (bajo supervisión del personal) u obtenga asistencia con medicamentos de venta libre cada año escolar. Por favor envíe un formulario para cada medicamento solicitado.

Los medicamentos deben ser suministrados a la oficina de salud por un padre / tutor en un envase original y etiquetado. El medicamento debe ser apropiado para la edad y la administración debe seguir las pautas del paquete (cualquier desviación requiere la autorización de un médico autorizado).

El estudiante debe notificar a la Oficina de Salud en las siguientes circunstancias:

- Los síntomas continúan empeorando después de tomar el medicamento
- Sospecho de que él / ella está experimentando los efectos secundarios del medicamento

Doy permiso para que un miembro del personal capacitado ayude a mi hijo _____
Con la administración del después de medicamentos de venta libre. (Nombre del alumno)

Información sobre el medicamento es la siguiente:

- Nombre del medicamento: _____
- Dosis (cantidad a tomar): _____
- Tiempo a tomar (si se toma según sea necesario, describa los síntomas bajo los cuales debe administrarse):

- Cómo se toma (por ejemplo, se traga; se aplica en el ojo derecho, se aplica la piel en _____
área):

Las siguientes son alergias o afecciones de salud que tiene mi hijo: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____