

# Consentimiento Para la Toma de Medicamentos

El Distrito Escolar proveerá ibuprofeno genérico y acetaminofén genérico, antiácidos y benadryl para los estudiantes en la escuela. **(Las escuelas primarias no proporcionarán provisiones de ibuprofeno.)**

Se requiere permiso por escrito para la administración de cualquiera de estos medicamentos.

El personal del Distrito Escolar sólo administrará la dosis recomendada del medicamento no recetado. Para la seguridad del estudiante, se requiere una solicitud por escrito del padre/tutor y del médico licenciado si la dosis es diferente a la dosis que se recomienda en la etiqueta de paquete.

Los medicamentos de reserva no se administrarán en combinación con otros medicamentos sin receta, por ejemplo, medicamentos para el resfriado, ya que también pueden contener paracetamol o ibuprofeno.

Sólo se puede administrar una dosis de medicamento durante el día escolar.

*\*\*No se administrarán medicamentos de reserva durante más de tres días seguidos u ocho días al mes sin la documentación de un profesional médico.*

Los medicamentos serán administrados por el personal designado por la enfermera de la escuela y el director.

Esta solicitud es sólo para el año escolar en curso.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_ tiene permiso para

recibir (marque todo lo que corresponda)según sea necesario en la enfermería.:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> acetaminofén (Tylenol)   | <input type="checkbox"/> ibuprofeno (Advil, Motrin) |
| <input type="checkbox"/> antiácidos (Tums, Pepto) | <input type="checkbox"/> difenhidramina (Benadryl)  |

*Advertencias: El paracetamol no debe ser utilizado por personas con enfermedad hepática o hipersensibilidad/reacción alérgica.*

*Advertencias: El ibuprofeno no debe ser utilizado por personas con enfermedad renal, trastornos estomacales como hemorragias o úlceras, alergia a la aspirina o una reacción de hipersensibilidad/alergia.*

Yo, el padre/tutor del estudiante arriba mencionado, solicitó que el medicamento no recetado listado arriba sea administrado según sea necesario en la escuela. Estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar, sus empleados y agentes que están actuando dentro del ámbito de sus funciones, no serán responsables de ninguna y todas las reclamaciones derivadas de la administración de este medicamento en la escuela. Mi firma indica que he leído y entendido completamente la información anterior.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_