

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE HENDERSON

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS QUE NO LLEVAN RECETA

I. Información del estudiante

Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Peso* _____ Escuela _____ Grado/Maestro _____

Padres/Tutores legales _____

Tel. Cel./Tel. Del trabajo _____

1.) ¿Es su estudiante alérgico a medicina, comida/bebida, o tinte? _____ (Sí/No)

2.) En caso que sí, anote las alergias y tipo de reacción (por ejemplo: Penicilina-sarpullido) _____

3.) ¿Toma su estudiante medicina (con y sin receta) por lo regular? _____ (Sí/No)

4.) En caso que sí, anote las medicinas (incluso el nombre, la dosis, y la frecuencia; por ejemplo: Claritin 10 mg diario) _____

5.) ¿Su estudiante ha sido diagnosticado con alguna condición médica la cual impactaría su seguridad al tomar medicina sin receta (incluso, pero no limitándose a: enfermedades del hígado o riñón, hipertensión, o embarazo)? _____ (Sí/No).

En caso que sí, favor de describir la condición: _____

Si no sabe, favor de contactar al médico de cabecera de su estudiante.

II. Plan de acción; Año escolar _____; Marque "sí" or "no" para indicar la(s) medicina(s) que se puede administrar a su estudiante.

Medicamento	Indicacion(es)	Efectos secundarios posibles
Acetaminophen (Tylenol) ☐ Sí ☐ No	Para fiebre más alta que 100 F/37.7 C y para aliviar dolor leve	Náusea, sarpullido, dolor de cabeza
Ibuprofen (Advil/Motrin) ☐ Sí ☐ No	Para fiebre más alta que 100 F/37.7 C y para aliviar dolor leve	Malestar estomacal
Diphenhydramine (Benadryl) ☐ Sí ☐ No	Para síntomas de alergias leves, incluso sarpullido pequeño.	Cansancio, irritabilidad
Bacitracin (ungüento antibiótico) ☐ Sí ☐ No	Prevención de infecciones y para cuidado de lesiones menores.	Ningún efecto significativo, si se da por las instrucciones del fabricante
Hydrocortisone 1% pomada ☐ Sí ☐ No	Para alivio transitorio de comezón	Ningún efecto significativo, si se da por las instrucciones del fabricante
Lamisil (ungüento contra hongos) ☐ Sí ☐ No Tinactin (ungüento contra hongos) ☐ Sí ☐ No	Para tratamiento de tinea corporis. Para tratamiento de tinea pedis.	Ningún efecto significativo, si se da por las instrucciones del fabricante
Calamine (Loción) ☐ Sí ☐ No	Para alivio transitorio de piel irritada	Ningún efecto significativo, si se da por las instrucciones del fabricante

**Se usará su reporte del peso de su hijo para calcular la dosis de la medicina. La enfermera escolar mantiene las etiquetas de los fabricantes de todas los medicamentos, para que los padres/tutores puedan revisarlos*

III. Autorización de los padres/tutores legales

Por marcar "sí," en los bloques arriba yo, por este medio, pido que la enfermera escolar administre a mi hijo/a nombrado arriba los medicamentos indicados arriba para las indicaciones mencionadas arriba mientras que él/ella esté en la escuela o que participe en las actividades asociadas con el currículo de la escuela. Yo entiendo que: 1.) No existe ninguna responsabilidad por parte del distrito escolar, su personal o agentes, incluso las enfermeras escolares del Departamento de Salud del Condado de Henderson, para cualquier daño civil que resulte por la administración de este medicamento a mi hijo/a cuando la persona quien administra el medicamento se actúa dentro de los límites de la práctica de enfermería. 2.) Estos medicamentos se compran y se mantienen por la escuela con las órdenes estándares firmadas por la directora médica del Departamento de Salud del Condado de Henderson. 3.) Me van a notificar de la administración del medicamento a mi hijo/a y la hora y la dosis que le dieron. 4.) Me van a notificar si las síntomas de mi hijo/a no se mejoran y/o el/ella no puede quedarse en la escuela.

Firma del Padre/Tutor legal _____

Fecha _____

Por marcar "no" en los bloques arriba, yo, por este medio, indico que no quiero que los medicamentos indicados arriba sean dados a mi estudiante.

Firma del Padre/Tutor legal _____

Fecha _____