

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS NO-PESCRITOS**

El Sweetwater County Distrito Escolar Número Uno, Estado de Wyoming Póliza Archivo JHCD requiere que los medicamentos no-prescritos no pueden ser suministrados al estudiante en la escuela sin el permiso escrito del padre, tutor legal o estudiante en edad legal. Si se hace necesario que medicamentos no-prescritos sean suministrados durante horas escolares, por favor provea la información requerida y regrese la autorización firmada a la escuela. Para cada año escolar se requiere de una nueva autorización.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____
Alergias a medicamentos/sensibilidad: _____
Mencione cualquier otro medicamento que recibe su hijo(a): _____
Problemas médicos/salud: _____

Como padre, tutor legal o estudiante en edad legal, yo autorizo al estudiante nombrado arriba para recibir cualquiera de los medicamentos mencionados abajo como sea considerado necesario por la Enfermera de la Escuela o su designado. Yo entiendo que medicamentos genéricos equivalentes pueden ser usados de acuerdo con los protocolos establecidos por el Distrito. En consideración del personal del Distrito que suministra tales medicamentos, como amigos designados de acuerdo con Wyo. Est. 33-21-154, el firmante abajo por este medio libera al Distrito de cualquiera y de todos los reclamos, demandas y responsabilidades que podrían resultar por razón de la administración de tal medicamento, de la omisión en su suministro o la administración incorrecta de éste.

Me gustaría que los siguientes medicamentos no prescritos estén disponibles para mi estudiante:
(por favor marque)

Para Dolor de cabeza/fiebre/
quemaduras/dolor de oído/
dolor muscular/cólicos menstruales

Garganta irritada/Tos
___ Pastillas para la
tos

Picazón/sarpullido
___ Hydrocortisone Crema

___ Acetaminofen
(ej. Tylenol)
Dosis: _____

Malestar Estomacal/Acidez
___ Antiácidos Masticable
(ej. Tums)
Dosis _____

Reacciones Alérgicas no severas
___ Diphenhydramine
(ej. Benadryl)
Dosis _____

___ Ibuprofen
Dosis: _____

___ **Yo no quiero que en la escuela se le suministre a mi hijo(a) medicamento no-prescrito.**

Firma del Padre/ Tutor _____ Fecha: _____

Teléfono del Padre / Tutor: Casa: _____ Trabajo: _____