

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTO SIN RECETA OYSTERPONDS

Favor de revisar el siguiente formulario en relación con “medicamentos sin receta” que será usada en la oficina sanitaria. Por favor indique, en la casilla correspondiente, si usted quiere o no quiere que la enfermera de la escuela proporcione estos productos si fuera necesario durante el año escolar. Su elección debe estar marcada y este formulario devuelto lo antes posible. Cada niño/a tiene que tener una copia de este formulario archivada cada año escolar. R marque el mPor favoedicamento que usted está de acuerdo que yo administre para sus hijos, firmelo y devuélvame el formulario. **El formulario debe de estar firmado por su Doctor para que CUALQUIER medicamento se de a su hijo/a durante el día escolar.** El formulario me lo pueden devolver en mano, via fax 3233713 o por email a abennett@oysterponds.org .

Gracias,

Amy C. Bennett, RN
Enfermera de la escuela.

Students Name _____ **Grade** _____

SI, Doy permiso a la Enfermera de la escuela que administre los medicamentos señalados abajo cuando sea necesario durante el día escolar (el formulario debe estar firmado por los padres Y el Doctor).

NO, prefiero que no le den ninguno de los productos listados abajo a mi hijo\|a durante el día escolar (el formulario debe de estar abajo firmado por el padre).

Los siguiente tratamientos están disponible es la oficina de la enfermera para ser usados con su permiso por abrasiones, picaduras, dolor muscular, dolor de garganta, quemaduras solares, Hiedra venenosa (poison ivy) y dolor de boca. Gotas/ pastillas para la tos _____ Bacitracin/ Neosporin _____ Calamina/Calagel _____ Salina _____ Anbesol _____ Toallita anti picadura _____ Gel de Aloe _____ Balsamo Labial _____ Aquafor _____ Protector Solar _____ Crema de Hidrocortisona 0.5% _____

Medicamentos que incluyen: Motrin _____ Tylenol _____ Advil _____ Benadryl _____ Tums/ Anti Ardor _____ Medicina para resfriados _____ debe de ser proporcionado por los padres a la enfermera en su envase original en dosis apropiadas para la edad y/o peso.

Firma del padre o tutor _____ **Fecha** _____

Firma del Doctor/ _____ **Fecha** _____
Enfermera practicante