

Consentimiento Para La Toma De Medicamentos

Fecha de hoy _____

El Distrito Escolar de Colby proveerá ibuprofeno genérico y acetaminofén genérico, antiácidos y Benadryl para los estudiantes en la escuela. **(Las escuelas primarias no proveerán ibuprofeno de stock).**

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

El personal del Distrito Escolar de Colby sólo administrará la dosis terapéutica recomendada del medicamento no recetado. Para la seguridad del estudiante, una petición escrita del padre/guardián legal y médico licenciado es requerida si la dosis es diferente de la dosis terapéutica recomendada encontrada en la etiqueta del 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 podrá administrar una dosis de medicamento durante la jornada escolar.

No se administrarán medicamentos de reserva durante más de tres días seguidos u ocho días al mes sin la documentación de un facultativo médico. Si se sobrepasa este límite, se pedirá que se traiga de casa un frasco nuevo sin abrir.

La medicación será administrada por personal designado por la enfermera de la escuela y el director.

Esta solicitud es sólo para el año escolar en curso.

<p>Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Grado _____ Año Escolar _____</p> <p>tiene permiso para recibir (seleccione todo lo que aplique):</p> <p><input type="checkbox"/> acetaminophen (Tylenol) <input type="checkbox"/> ibuprofeno (Advil, Motrin)</p> <p><input type="checkbox"/> antiácidos (Tums, Pepto) <input type="checkbox"/> difenhidramina (Benadryl)</p> <p>as needed in the health office.</p>

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

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

Yo, el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, solicito que los medicamentos sin receta enumerados anteriormente se administren según sea necesario en la escuela. Acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de Colby, sus empleados y agentes que actúan dentro del alcance de sus deberes en todos y cada uno de los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela. Mi firma indica que he leído y entiendo completamente la información anterior.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____