

Apellido:

Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

## Autorización del Padre para Administrar Medicamentos de Libre Venta

Por favor, indique los medicamentos apropiados que se listan a continuación si usted desea que su niño los reciba durante las horas de escuela. Por medio de este documento autorizo a la enfermera escolar para que administre:

\_\_\_\_\_ **Acetaminofén (Tylenol) < o = 500 mg, (la dosis será determinada por el peso) cada 4 horas si es necesario para dolor de cabeza, fiebre o dolor.**

Posibles efectos secundarios: bien tolerado, rara reacción con hipersensibilidad. Reacciones adversas: pérdida de apetito, náuseas, diaforesis, debilidad generalizada durante las primeras 12-24 horas. Síntomas posteriores de toxicidad: vómitos, dolor en el cuadrante superior derecho, pruebas de funciones hepáticas elevadas. Contraindicaciones: hipersensibilidad.

\_\_\_\_\_ **Ibuprofeno (Advil, Motrin) < o = 400 mg, (la dosis será determinada por el peso) cada 6 horas si es necesario para dolor de cabeza, fiebre o dolor cuando no hay náuseas. No administrar con el estómago vacío.**

Reacciones adversas: mareo, dolor de cabeza, nerviosismo, edema, retención de fluidos, zumbido de oídos, dolor abdominal, hinchazón, estreñimiento, pérdida del apetito, diarrea, dispepsia, estrés epigástrico, flatulencia, acidez estomacal, náuseas, enterocolitis no necrosante, vómitos.

\_\_\_\_\_ **Antiácidos (Tums) 1-2 tabletas cada 4 horas si es necesario para malestar estomacal, acidez.**

Posibles efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, malestar gastrointestinal, pérdida del apetito. Contraindicaciones: alergia al calcio, cálculo renal, hipercalcemia.

Todos los estudiantes deben tener el formulario de autorización de los padres firmado y completado en el expediente de la enfermera antes de que les sea administrado CUALQUIER medicamento. Estos formularios son solamente para el año escolar en curso. Los medicamentos serán administrados de acuerdo con la política de medicamentos aprobada por el Comité Escolar de Gardner. Cualquier cambio en la información anterior en el transcurso del año escolar debe ser reportado a la enfermera escolar.

\_\_\_\_\_  
Dra. Kathleen Sweeney, - Médico Escolar

La siguiente información es **OBLIGATORIA** antes de administrar cualquier medicamento

Alergias: Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alimentos: \_\_\_\_\_

Por favor, indique **TODOS** los medicamentos (con receta y de libre venta) que el estudiante está tomando:

\_\_\_\_\_  
Doy permiso para que mi niño, Nombre: \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_, Grado: \_\_\_\_\_  
**reciba los medicamentos que yo he marcado arriba por parte de la enfermera escolar.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha