

DISTRITO ESCOLAR CONDADO DE MIFFLIN

201 Eighth Street - Highland Park
Lewistown, Pennsylvania 17044

TELÉFONO (717) 248-0148

FAX (717) 248-5345

Vance S. Varner, Superintendente
Clint N. Aurand, Director de operaciones Steven F. DeArment, Director académico
Melinda K. Kenepp, Directora financiera

Formulario de medicamentos de venta libre de MCS D

del estudiante : _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado escolar: _____

La siguiente lista de medicamentos sin receta y materiales de primeros auxilios se le puede dar a su hijo para quejas y/o dolencias menores mientras esté en la escuela. No se administrarán sin este formulario archivado en la oficina de salud. El consentimiento cubre únicamente el uso ocasional y estos medicamentos se administrarán únicamente a discreción de la enfermera. Cualquier estudiante que requiera cualquiera de los medicamentos enumerados diariamente o de forma regular necesitará un formulario de consentimiento para medicamentos completado por el médico del estudiante. La enfermera de la escuela de su hijo puede notificarle según sea necesario en relación con la administración de estos medicamentos.

Por favor marque sí o no al lado de cada medicamento :

	Medicamento		Medicamento
Sí o no	Tylenol (dosificado según edad/peso)	Sí o no	Loción de calamina
Sí o no	Ibuprofeno (dosificado según edad/peso)	Sí o no	Hisopo para matar picaduras
Sí o no	Tums	Sí o no	Solución irrigadora de ojos Dacriose
Sí o no	Pastillas para la tos de mentolipto	Sí o no	Anbesol con Benzocaína 20%
Sí o no	Aerosol Bactino	Sí o no	Quemar Gel
Sí o no	Ungüento de bacitracina	Sí o no	Áloe
Sí o no	Benadryl (solo reacción alérgica)	Sí o no	Aerosol cloraséptico

Los medicamentos sólo se administrarán una hora después del inicio de clases y hasta una hora antes de la salida. Cualquier excepción a esto quedará a discreción de la enfermera de la escuela o en caso de una emergencia.

La enfermera de la escuela o el funcionario escolar designado tiene mi permiso para administrarle este medicamento a mi hijo. Como padres/tutores del niño mencionado anteriormente, libero al Distrito Escolar del Condado de Mifflin y a sus empleados o agentes de toda responsabilidad por cualquier lesión que mi hijo pueda sufrir como resultado de esta solicitud. *Este formulario debe firmarse cada año escolar.*

Firma del padre: _____ Fecha: _____