****

**PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE SURTIDO CONTINUO EN LA ESCULEA PARA MEDICINAS QUE NO REQUIEREN DE RECETA MEDICA**

Para que su hijo(a) reciba medicamentos que no requieran receta médica durante el día escolar, el padre, la madre, o el tutor deberá llena esta forma. Favor de regresar la forma completa a la enfermera escolar.

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **ID#:** \_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR**

Nombre del padre o tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la madre o tutora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA O TUTORES**

**La enfermera escolar y los empleados de la escuela tienen permiso de darle a mi hijo(a) los siguientes medicamentos sin receta médica aprobados por el Dr. Bonilla para su uso de surtido continuo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamento:** | **Tratamiento para:** |
| Alcohol o disco de papel con alcohol | **SOLAMENTE** para desinfectar |
| Inhalantes de amonia | Desmayos (en caso de necesidad absoluta) |
| Aerosol o ungüento antibiótico | Cortadas o raspones superficiales |
| Crema o aerosol antifungal (Tinactin) | Pie de atleta u hongos en la piel (tiña) |
| Lágrimas artificiales | Lubricante para los ojos |
| Aerosol o ungüento de Benadryl | Piquetes de insectos, irritaciones de la piel, comezón, sarpullido |
| Bengay | Dolor muscular **(para los de 7º y mayores)** |
| BioFreeze | Dolor muscular |
| Ungüento para quemaduras o Solarcaine | Quemaduras pequeñas, quemaduras de sol, cortaduras y raspones |
| Loción de Caladryl | Sarpullido, piquetes de insectos, comezón |
| Campho-Phenique líquido o en gel, o Blistex | Fuegos bucales (**SOLO** uso exterior) |
| Chloraseptic | Alivio temporal de garganta irritada |
| Solución para lentes de contacto | Enjuague y limpieza de lentes de contacto |
| Pastillas para la tos | Tos o garganta irritada **(para los de 2º y mayores)** |
| Dermoplast o Medi-quick | Alivio temporal de raspones o cortaduras, quemaduras de sol, o piquetes. |
| Solución para lavar ojos | Irritaciones pequeñas de los ojos |
| Tabletas o gel de glucosa | Glucosa sanguínea |
| Cojín eléctrico de calor | Calambres menstruales y dolores musculares |
| Hydrocortisona al 1% | Reacciones de la piel, comezón, piquetes de insecto ***\*(NO en llagas)*** |
| Agua oxigenada | **SOLAMENTE** para desinfectar |
| Bolsa de hielo | Piquetes, torceduras, heridas, dolores de cabeza |
| Ungüento Vicks o Mentolatum | Nariz tapada, tos |
| Orajel | Llagas bucales, dolores de dientes, fuegos, postemillas y dolor de encías |
| Second Skin | Ampollas, raspaduras, cortadas |
| Aerosol o hisopos de Sting Kill | Comezón debido a piquetes de insecto |
| Autoinyector de epinefrina no asignado/Epipen | Signos y síntomas de una reacción/shock de anafilaxia |
| Vaselina o Blistex | Labios partidos |
| Visine | Ojos irritados **(para los de 2º y mayores)** |
| Agua salina para lavados de heridas | Limpiar heridas, cortaduras, abrasiones |

**Sí**

**(Favor de checar UNA*)***

**No**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de padre, madre, o tutor Nombre en letra de molde Fecha**