

Distrito escolar del municipio de Pittsgrove

Permiso de los padres para la administración de medicamentos de venta libre

Año escolar _____

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____ **Peso:** _____
libras

Nuestro inspector médico escolar, William Madison, DO ha autorizado la administración de los siguientes medicamentos por parte de la enfermera escolar en la oficina de salud escolar: acetaminofén (Tylenol / sin aspirina), ibuprofeno (Advil) , Excedrin, Aleve (naproxeno) o Midol. Se requiere permiso por escrito de los padres / tutores. El permiso debe incluir dosis, frecuencia y motivo. **La dosis no puede exceder la dosis recomendada para el tamaño y la edad en la etiqueta del envase original. El padre / tutor debe proporcionar su propio medicamento en el frasco original. Un adulto debe traer el medicamento a la escuela.** Todos los demás medicamentos de venta libre no se administrarán sin una orden previa por escrito de un médico y el permiso por escrito del padre / tutor. Si se solicita un exceso de medicación, se enviará una recomendación a casa para que el estudiante visite a su proveedor de atención médica para una evaluación.

Solicito que la enfermera escolar en la escuela ayude a mi hijo a tomar el medicamento que se describe a continuación en la escuela de conformidad con NJAC: .6A: 16-2.3. Entiendo que el distrito escolar, los agentes y sus empleados no incurrirán en responsabilidad alguna como resultado de cualquier condición o lesión que surja de la administración o falta de administración del medicamento recetado en este formulario. Indemnizo y eximo al Distrito Escolar del Municipio de Pittsgrove, sus agentes y empleados contra cualquier reclamo que surja de la administración o falta de administración de este medicamento.

Autorizo la administración de lo siguiente: (marque todo lo que corresponda)

_____ **Acetaminofén / Tylenol dosificado según el peso y la etiqueta del producto.**

_____ **Ibuprofeno / Advil dosificado según el peso y la etiqueta del producto.**

_____ **Aleve dosificado de acuerdo con la etiqueta del producto.**

Un adulto debe recoger el medicamento al final del año escolar, de lo contrario, será desechado / destruido.

Firma (padre / tutor): _____ **Fecha:** _____

Dosis habitual que debe administrarse a su hijo / a _____ que se debe administrar el

Razón por lamedicamento _____

Comentarios / Alergias:

Queja	Fecha	Hora	Medicamento / dosis	Iniciales / *

* = Parental contacto

Nurse Firma	inicial	NurseFirma	Inicial
-------------	---------	------------	---------
