



**PERMISO DEL REPRESENTANTE PARA PEDIDOS PERMANENTES
DE MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN (OTC) 2023-24**

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** 6 7 8 9 10 11 12

Estimado representante/tutor:

Hay momentos en los que su hijo(a) podría tener que acudir a la enfermería escolar porque presenta dolor de cabeza, malestar estomacal, síntomas de resfriado, o dolor debido a la ortodoncia, lesiones deportivas o cólicos menstruales. Con el permiso por escrito de su representante/tutor, su hijo(a) podrá recibir **hasta tres (3) dosis cada año escolar** de medicamentos sin prescripción (OTC, por sus siglas en inglés) para aliviar sus síntomas y permitirle tener un día escolar exitoso, ¡sin necesidad de obtener una orden de su médico de atención primaria! **Sin embargo, estos medicamentos están destinados a un uso muy poco frecuente. Cualquier niño que necesite más de 3 dosis al año debe obtener una orden médica.**

Nuestra médica escolar, la Dra. Angela D. Hunt, MD, de “Town Center Pediatrics”, ha proporcionado órdenes permanentes y protocolos para los medicamentos que se enumeran a continuación. Si usted autoriza que a su hijo(a) se le administre alguno de estos medicamentos en la escuela, indique sus preferencias y firme su consentimiento. No se administrará ningún medicamento si su hijo(a) presenta fiebre o síntomas de una enfermedad o condición que justifique una evaluación médica o retirarle de la escuela. Se utilizarán otros métodos para aliviar el dolor, tales como compresas frías/calientes, técnicas de relajación y respiración, e hidratación/refrigerio, antes de ofrecer el medicamento.

Alergias: _____

Condiciones médicas: _____

Enumere TODOS los medicamentos/hierbas que su hijo(a) toma a diario u ocasionalmente: _____

Mi hijo(a) tiene permiso para recibir los medicamentos que he indicado a continuación. Entiendo que estos medicamentos se administrarán solamente después de que el personal de la enfermería haya realizado una evaluación y haya determinado que su administración es apropiada y necesaria:

Ibuprofeno, 400 mg.
para aliviar el dolor

Acetaminofén, 650 mg.
para aliviar el dolor

Pastilla para la garganta
para dolor de garganta/tos

Caladryl
para sarpullido con picazón

Bálsamo labial
para resequedad en los labios

Pruebas de COVID

Autorizo la recolección y prueba de una muestra de mi estudiante para COVID-19 en la escuela y realizar una prueba individual rápida si mi estudiante tiene síntomas. Las pruebas se harán hasta que se agoten las pruebas escolares.

Favor llamarme cada vez que mi hijo(a) reciba una dosis de un medicamento No Sí

Favor llamarme cada vez que a mi hijo(a) se le realice una prueba de COVID No Sí

Teléfono durante el día _____ Correo electrónico durante el día: _____

Firma del representante/tutor _____ Fecha _____