



ESCUELAS PUBLICAS SIBLEY EAST

SERVICIOS DE SALUD

202 3rd Ave. N.W.
PO Box 1000 | Arlington, MN 55307
(Preparatoria)P: 507.964.2292 | F: 507.964.8245
(Primaria)P: 507.237.3317 | F: 507.237.3300

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SIN RECETA PARA ESTUDIANTES

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro _____ Año Escolar _____

MEDICAMENTO _____

PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO _____

PESO DEL NIÑO _____ DOSIS (instrucciones por botella) _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

1. El medicamento debe ser un medicamento sin receta que no contenga aspirina, efedrina/pseudoefedrina como único ingrediente activo o uno de sus ingredientes activos.
2. Proporcionaré este medicamento en el envase original, debidamente etiquetado.
3. Si la administración del medicamento es diferente a la indicada en la etiqueta del fabricante (i.e., Exced la dosis de edad/peso), se requerirá una orden de un médico prescriptor.
4. Libero al personal escolar de cualquier responsabilidad en caso de que se produzca alguna reacción por la administración de este medicamento.

FIRMA DE LOS PADRES _____ FECHA _____

PERSONAL DE LA OFICINA DE SALUD RECIBIENDO MEDICAMENTO _____

FECHA _____ FIRMA DE LA ENFERMERA DEL DISTRITO _____

FECHA _____