



ESCUELAS PUBLICAS SIBLEY EAST

SERVICIOS DE SALUD

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

MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR SIN RECETA QUE SE PUEDEN LLEVAR SOLOS LOS ESTUDIANTES

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro _____ Año Escolar _____

MEDICAMENTO _____

PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO _____ DOSIS _____
(instrucciones por botella)

Doy permiso para que este estudiante lleve consigo y se administra por si mismo el medicamento indicado anteriormente.

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. Proporcionare este medicamento en el envase original, debidamente etiquetado.
3. Le instruí a mi hijo sobre el uso y administración de este medicamento.
4. Si la dosis excede la indicada en la etiqueta del fabricante, se requerirá una receta medica autorizada. SE renueva cada ano escolar.
5. Entiendo que mi hijo/a podra llevar consigo el medicamento siempre que no ponga en peligro a otras personas ni lo use indebidamente. En caso de uso indebido, la administración o el personal de la escuela podrán confiscarlo.
6. Libero al personal escolar de cualquier responsabilidad en caso de que se produzca alguna reacción por la administración de este medicamento.
7. Entiendo que mi hijo es completamente responsable del uso de este medicamento y que su uso NO sera supervisado en la escuela.

Firma de los Padres/Tutores _____ Fecha _____

ACUERDO ESTUDIANTIL

- YO:
1. Tomare el medicamento de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta o la orden de mi proveedor autorizado.
 2. NO permitiré que nadie mas use este medicamento.
 3. Notificar al personal de la oficina de salud si mis síntomas empeoran, reaparecen o sospecho que estoy experimentando efectos secundarios del medicamento.

STUDENT SIGNATURE _____ DATE _____

DISTRICT SCHOOL NURSE SIGNATURE _____ DATE _____