

PERMISO DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN PRINCIPAL
DE MEDICAMENTOS SIN CONTRATO
POLÍTICA DE LA ESCUELA PRIMARIA TOMAHAWK (GRADOS 4k-5TO)

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cualquier alergia a alimentos o arrugas conocida: _____

Calificación: _____

DOY PERMISO PARA QUE EL SIGUIENTE MEDICAMENTO SE LE SEA A MI HIJO POR
PERSONAL ESCOLAR DESIGNADO:

Por favor marque todas las solicitudes.

- _____ Acetaminofén (Tylenol) Líquido para niños Dosificador Peso del niño
- _____ Acetaminofén (Tylenol) Para niños Masticable Dosis por peso del niño
- _____ Acetaminofén (Tylenol) Junior Masticable Dosis por peso del niño
- _____ Acetaminofén (Tylenol) tableta de 325 mg 1 cada 4-6 horas
- _____ Ibuprofeno (Motrin) para niños Líquido Dosis por peso del niño
- _____ Ibuprofeno (Motrin) Junior Masticable Dosis por peso del niño
- _____ Ibuprofeno (Motrin) 200 mg. tableta 1 cada 6 horas

_____ Antiácidos (Tums)

_____ Ungüento Triple Antibiótico

_____ Caladriil/calamina tópico

_____ Hidrocortisona Crema 1%

(Cortaid Alivio de la picazón)

SE PUEDE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS PARA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

_____ Dolor de cabeza

_____ Resfriado común Síntomas

_____ Dolor Leve Muscular Esquelético

_____ Dolor de garganta

_____ Dolor dental

_____ Erupción

_____ Indigestión/acidez de estómago

_____ Las picaduras de insectos

_____ Cortes/Abrasiones

_____ Otro

(Especifique otro)

ESTA ORDEN TENDRÁ EFECTO PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____