

PERMISO DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN PRINCIPAL
DE MEDICAMENTOS SIN CONTRATO
POLÍTICA DE LA ESCUELA SECUNDARIA TOMAHAWK (GRADOS 9.º A 12.º)

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.

_____ Tableta de acetaminofén (Tylenol) de 325 mg 1-2 cada 4-6 horas

_____ Ibuprofeno (Motrin) tableta de 200 mg 1-2 cada 4-6 horas

_____ Midol 2 cápsulas 2cada6horas

_____ Antiácidos (Tums)

_____ Ungüento Triple Antibiótico

_____ Caladril/calamina tópico

_____ HidrocortisonaCrema1%

(CortaidAlivio de la picazón)

SE PUEDE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS PARA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

_____ Dolor de cabeza

_____ Resfriado comúnSíntomas

_____ Dolor Leve Muscular Esquelético

_____ Dolor de garganta

_____ Dolor dental

_____ Erupción

_____ Indigestión/acidez de estómago

_____ Las picaduras de insectos

_____ Cortes/Abrasiones

_____ Calambres menstruales

_____ Otro

(Especifique otro)

ESTA ORDEN TENDRÁ EFECTO PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL _____

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____