

**PERMISO DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN  
DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE  
POLÍTICA DE LA ESCUELA INTERMEDIA TOMAHAWK (GRADOS 6º A 8º)**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas a alimentos o medicamentos: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

DOY PERMISO PARA LO SIGUIENTE

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

Por favor, marque todo lo que corresponda.

\_\_\_\_\_ Acetaminofeno (Tylenol) 325 mg comprimido                      1-2 cada 4-6 horas

\_\_\_\_\_ Ibuprofeno (Motrin)      Comprimido de 200 mg.                      1-2 cada 4-6 horas

\_\_\_\_\_ Midol                                      2 cápsulas                                      2 cada 6 horas

\_\_\_\_\_ Antiácidos (Tums)

\_\_\_\_\_ Pomada antibiótica triple

\_\_\_\_\_ Caladryl/Calamina tópica

\_\_\_\_\_ Crema Hidrocortisona 1%  
(Cortaid Alivio del Picor)

**LA MEDICACIÓN PUEDE ADMINISTRARSE PARA LAS SIGUIENTES AFECCIONES**

\_\_\_\_\_ Dolor de cabeza

\_\_\_\_\_ Resfriado común Síntomas

\_\_\_\_\_ Dolor músculo-esquelético leve

\_\_\_\_\_ Dolor de garganta

\_\_\_\_\_ Dolor Dental

\_\_\_\_\_ Erupción cutánea

\_\_\_\_\_ Indigestión/Acidez

\_\_\_\_\_ Picaduras de insectos

\_\_\_\_\_ Cortes/Abrasiones

\_\_\_\_\_ Calambres menstruales

\_\_\_\_\_ Otros

\_\_\_\_\_  
(Especifique otro)

**ESTA ORDEN ESTARÁ EN VIGOR DURANTE EL PRESENTE CURSO ESCOLAR**

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_