

June 2008

AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS DE COMPRA SIN RECETA

Escuelas Públicas de Winchester
Departamento de Educación Especial
12 N. Washington Street Winchester, VA 22601

PERMISO DE LOS PADRES PARA DISPENSAR MEDICAMENTO DE COMPRA SIN RECETA EN LA ESCUELA

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____

Doy mi permiso al designado de las Escuelas Públicas de Winchester para que le dé a mi hijo(a) capsulas de Acetaminofeno de la concentración adicional de 500 mg (genérico de Tynenol) por favor de marcar uno o dos capsulas si su hijo tiene dolores menores, dolor de cabeza, dolor dental, o cólicos menstruales con un intermedio de por lo menos cuatro horas entre las dosis.

Firma del Padre

Fecha

Doy mi permiso para que le den a mi hijo(a) capsulas de Ibuprofeno de la concentración adicional de 200 mg (genérico de Motrin). Favor de marcar uno o dos capsulas si su hijo tiene un esguince, distensión o cólicos menstruales que se podrían aliviar con la administración de este medicamento anti-inflamatorio/dolor con un intermedio de cuatro a seis horas entre las dosis.

Firma del Padre

Fecha

Una **NOTA DEL MEDICO** será requerida para dispensar Acetaminofeno o Ibuprofeno (400mg) por cualquier otra razón. No se dará ningún medicamento a ningún estudiante con una temperatura de 100 grados o más. Cualquier enfermedad, herida que requiera evaluación adicional será referida a los padres cuanto antes.

Doy mi permiso al designado de la Escuela Publicas de Winchester para que le dé a mi hijo(a) Pepto-Bismo si sufre de un malestar estomacal.

Firma del Padre

Fecha

Comentarios/ consideraciones especiales:

Aprobado:

Junio 2008
