

Escuelas Públicas de Lawrence  
Servicio de Salud

Consentimiento para administración de medicaciones sin receta médica

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Por favor marque los medicamentos que le gustaría que estuvieran disponibles para su hijo:**

Please check the medications you would like to be made available to your child:

\_\_\_\_ **Acetaminofeno (como Tylenol)** Acetaminophen (like Tylenol)

\_\_\_\_ **Ibuprofen (como Motrin o Advil)** Ibuprofen (like Motrin or Advil)

\_\_\_\_ **Antácidos (como Tums)** Antacids (like Tums)

El personal escolar debe tener el consentimiento de los padres a fin de administrar medicaciones sin receta médica. Los equivalentes genéricos mantenidos en el Aula de Salud pueden ser usados en el lugar de artículos de la marca registrada más caros. La Enfermera Escolar o la persona de personal delegada administrarán los medicamentos aprobados según se considere usando su juicio. School personnel must have parental consent in order to administer over-the-counter medications. Generic equivalents maintained in the Health Room may be used in place of more expensive brand-name items. The School Nurse or delegated staff person will administer the approved medications as deemed necessary using his/her judgement.

- **Por favor haga una lista de alergias a medicamentos:** Please list any medication allergies

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo reciba cualquier medicamento controlado en esta forma, según se considere necesario por la enfermera de la escuela o delegada personal. I hereby give permission for my child to receive any medication checked on this form, as deemed necessary by the school nurse or delegated staff person.

Entiendo que cualquier empleado de la escuela que administra estos medicamentos según dosis apropiadas no será responsable de los daños y perjuicios como resultado de una reacción adversa al medicamento administrado. *I understand that any school employee who administers these medications according to proper dosages shall not be held liable for damages as a result of an adverse reaction to the medication administered*

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

- **Esta autorización está en vigor a menos y hasta que sea revocada por escrito por el padre/guardián.** This authorization is in effect unless and until it is revoked in writing by the parent/guardian.