

Solicitud de proporcionar la medicación en la escuela

El aspirina, antiácido, pastillas para la tos

Servicios de Salud para las escuelas públicas de McCook

Importante información para los padres

Su consentimiento debe ser por escrito y es necesaria antes de que su niño pueda recibir estos medicamentos suministrados escolar en la escuela. Por favor llene toda la primera página. Cuando usted firma su nombre debajo, usted reconoce el siguiente:

- ❖ Usted ha leído la información y acepta que su niño puede tener con seguridad los medicamentos de acuerdo a la cantidad recomendada por peso
- ❖ La enfermera de la escuela tiene la responsabilidad de la aprobación de su niño en el uso de estos medicamentos.
- ❖ Los niños con fiebres de 100° o más deben de quedarse en la casa hasta que esté libre de fiebre durante 24 horas.
- ❖ Una licencia de autorización del prescripto puede ser necesario si:
 1. que su niño necesita más de 5 veces de aspirina, antiácido, pastillas de la tos en un período de 30 días
 2. que su niño necesita más de 5 consecutivos dosis de aspirina, antiácidos, o pastillas para la tos
 3. En la sentencia de la enfermera de la escuela, su hijo está enfermo y no mejora
- ❖ el medicamento de su niño será proporcionada por la enfermera u otro personal de la escuela que se ha determinado competentes para proporcionar los medicamentos como lo exige la ley de Nebraska.

Escrito consentimiento de los padres para dar aspirina, antiácidos, o pastillas para la tos.

Debe ser llenada antes de la medicina se puede dar en la escuela

Doy permiso para que _____ reciba la siguiente medicina.

Aspirina: cantidad recomendada por peso, cada 4 a 6 horas

Razón: pequeños dolores y molestias

Por favor me hablan cuando mi hijo toma aspirina en la escuela.

si no

Si no

Antiácidos: 750 mg masticada cada 2 horas

Razón: dolor de estómago ácido indigestión

Por favor me hablan cuando mi niño toma antiácidos en la escuela

si no

si no

Pastillas para la tos: 1 cada 2 horas

Razón: dolor de garganta

Por favor me hablan cuando mi niño toma pastillas para la tos en la escuela

si no

si no

Firma de padre

fecha

número de teléfono