



# Raymore-Peculiar School District

## FORMA DE MEDICAMENTOS Y CONSENTIMIENTO 2016-2017 (Medication Order & Consent)

ALUMNO \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**PADRE/GUARDIAN:** Por favor ponga sus **INICIALES** a uno o mas de los listados medicamentos disponibles sin receta, poseídos por escuela según el caso para su niño, y autoriza a la gerencia con firma debajo. Los medicamentos serán administrados de conformidad con la política de la escuela.

- \_\_\_\_\_ el **acetaminofén** (guste a Tylenol) titula dosis por la edad /peso para el dolor o el fiebre
- \_\_\_\_\_ el **antiácido** (guste a Tums) para el alivio de indigestión del estómago
- \_\_\_\_\_ la **loción de antipicazón** (guste a Caladryl) aplicada en la area que tiene comezón o el picados de insectos.
- \_\_\_\_\_ la **aspersión de la garganta** (guste a Chloraseptic) para el dolor de la garganta
- \_\_\_\_\_ el **triple Ungüento Antibiótico** (guste a Neosporin) para menor cortas, raspas y quemadas
- \_\_\_\_\_ **Camphophenique Liquid** para ampollas, herpes labiales o picas de insectos.
- \_\_\_\_\_ la **solución Salina estéril** para la irrigación del ojo

**SOLAMENTE PARA LOS GRADOS 7-12:**

- \_\_\_\_\_ las **pastillas para la tos** (K-6 no puede recibir pastillas para la tos)
- \_\_\_\_\_ **Ibuprofen** - titule dosis por la edad /peso para el dolor o fiebre

**AUTORIZACIÓN:**

Por este medio concedo mi autorización pues mi niño para recibir los medicamentos disponibles sin receta, poseídos por escuela indicó arriba como estimó necesario por la enfermera de la escuela o el personal designado. Entiendo que el Distrito escolar de Raymore-Peculiar y sus representantes, administran medicamentos según la orden y la dosis correcta, no serán responsables de los daños como resultado de cualquier reacción adversa. También autorizo a la enfermera de la escuela a contactar al Proveedor / Primario Prescriber Autorizado estimando cualquier receta escrita..

Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NO AUTORICE:**

**No concedo autorización** pues mi niño para recibir los medicamentos indicó arriba en escuela. Sin embargo, autorizo a la enfermera de la escuela a contactar al Proveedor / Primario Prescriber Autorizado de Cautela del estudiante estimando cualquier pedido.

Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**EL PROVEEDOR / PRIMARIO Prescriber autorizado de CAUTELA: La medicación de receta y la poco escuela disponible sin receta, poseyeron medicación** traída de casa y requirieron para gerencia durante las horas de la escuela:

**RX:** \_\_\_\_\_  
(Por favor incluya Nombre de Droga, dosis, tiempo y duración de gerencia)

**NON RX:** \_\_\_\_\_

El diagnóstico: \_\_\_\_\_

La cautela / Primaria Prescriber autorizada Provider **IMPRIMIO** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MD  DO  FNP  ANP  PA  DDS Teléfono de Oficina \_\_\_\_\_

**EL PADRE EL CONSENTIMIENTO CUSTODIO / LEGAL:**

Por este medio concedo autorización para mi niño para recibir los medicamentos prescritos y disponible sin receta, la poco escuela poseyó medicamentos indicado tan estimados necesarios por la enfermera de la escuela o la persona nombrada. Tengo por entendido que tengo la responsabilidad última pues con tal que la escuela con un suministro adecuado de medicación (s) y para informarle el distrito de la escuela inmediatamente si cualquier información prevista en esta forma cambia, o si la gerencia de medicación (s) debería cesar. Entiendo ese el Distrito peculiar a Raymore de la Escuela, y sus representantes, administrando medicamentos según la orden y la dosis correcta, no estará sujeto propenso para daños como resultado de cualquier reacción adversa. También autorizo a la enfermera de la escuela a contactar al Proveedor / Primario Prescriber Autorizado de Cautela del estudiante estimando cualquier pedido.

Padre/ Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_