

McDonald County R-1 School District



2014/2015 Año Escolar Forma de Permiso de Medicina

Estudiante: _____ Grado: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Todas las medicinas de ser administradas en la escuela, con prescripción o sin receta, DEBE ser proporcionado por padres o guardianes. Las medicinas de la prescripción deben ser publicadas al estudiante, en el contenedor original, e incluyen la etiqueta de la farmacia. Las medicaciones sin receta deben estar en el envase de original inclusive las direcciones de fabricante y deben ser la edad apropiada. Liste por favor cualquier prescripción o medicina sin receta que su niño tomará en la escuela:

Un pequeño suministro de las siguientes medicinas sin receta está disponible para el USO para SOLO EMERGENCIA, a voluntad de la enfermera de la escuela o ayudante de salud. Este suministro es SOLAMENTE USO de EMERGENCIA. **Usted debe proporcionar cualquier medicina que usted desea estar disponible para el uso de su estudiante.** Por favor marque éstos que pueden ser administrados a su niño en el caso de SOLAMENTE EMERGENCIA.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paracetamol (Tylenol) | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Motrin o Advil) |
| <input type="checkbox"/> Antiácido (Tums) | <input type="checkbox"/> Pastillas de la Tos/Garganta |
| <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) | <input type="checkbox"/> Loperamide (Imodium) |

Mi niño puede pasarse pastillas Si No

Firma Paternal _____ Fecha _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____