

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **GRADO:** _____ **ESCUELA:** _____

Nuestras escuelas almacenan medicamentos de venta libre (OTC) comúnmente solicitados según sea necesario. Para las escuelas en Wisconsin, los medicamentos de venta libre tomados según las indicaciones no requieren receta médica, sin embargo, **se requiere un consentimiento por escrito antes** de administrar **CUALQUIER medicamento a los estudiantes menores de 18 años**.

Marque SÍ para cualquiera de los medicamentos que desea que reciba su hijo (según la dosis recomendada y según las indicaciones en la etiqueta) en caso de una enfermedad o lesión menor.

<u>SÍ</u>	<u>ORAL</u>	<u>RAZÓN</u>
	Acetaminofén (Tylenol)	Cefaleas Dolor musculoesquelético Cólicos menstruales
	Ibuprofeno (Advil)	
	Carbonato de calcio (Tums)	Antiácido, indigestión 12 años en adelante
	Carbonato de calcio, aluminio, magnesio (Pepto Kids)	Antiácido, indigestión 5 a 11 años
	Losanjes (Mentol)	Tos, dolor de garganta 5 años en adelante

<u>SÍ</u>	<u>TÓPICO</u>	<u>RAZÓN</u>
	Bacitracina	Hidratar para limitar las cicatrices Reducir el riesgo de infección Aliviar el dolor
	Ungüento antibiótico triple (Neosporin)	
	Gel para quemaduras	Enfría y alivia las quemaduras superficiales
	Hidrocortisona 1%	Alivia la picazón, erupción cutánea y el enrojecimiento
	Ungüento labial medicado (Blistex)	Alivia los labios agrietados y muy agrietados
	Alivio de picaduras (Benzocaína, lidocaína, mentol)	Picazón, alivio de picaduras para picaduras y picaduras de insectos
	Loción de calamina	Alivia la picazón en la piel, sarpullido y picaduras de insectos

Al inicializar y firmar a continuación, un padre o tutor legal reconoce:

Inicial aquí: _____ El estudiante no tiene alergias o sensibilidades conocidas a ninguno de los medicamentos orales o tópicos controlados.

Inicial aquí: _____ El salón de salud de la escuela puede limitar la frecuencia de uso o requerir que las familias proporcionen un suministro personal de medicamentos después de que se hayan administrado 5 o más dosis durante un año escolar.

Elija una de las siguientes opciones***

Inicial aquí: _____ La sala de salud de la escuela **no se** comunicará con usted cada vez que se administre alguno de los medicamentos revisados, a menos que se determine que es más que una enfermedad o lesión menor.

Inicial aquí: _____ La sala de salud de la escuela se **comunicará** con usted cada vez que se administre cualquiera de los medicamentos revisados.

Firma del padre/tutor legal: _____

*Para medicamentos de venta libre que no figuran en este formulario, o si el medicamento debe administrarse regularmente, utilice los formularios Permiso e instrucción de medicamentos o Solicitud de automedicación del estudiante. *