

Salem Academy Charter School  
Permiso Para Recibir Tratamiento

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_ Salón \_\_\_\_\_

Yo otorgo permiso a la enfermera escolar para administrar los siguientes medicamentos a mi hijo/a, según el protocolo establecido. He marcado con una (X) los productos que no quiero que mi hijo/a reciba.

**Todos los otros medicamentos requieren una orden por escrito de un medico, dentista o una enfermera internista, y permiso por escrito del padre.**

**Acetaminophen (Tylenol)** Niños entre 5-11 anos recibirán una dosis según el peso del niño\*  
Niños de 12 años o mayores de 12 pueden tomar 2 tabletas de 325 mg. cada 4 horas.

**Urgumento de Bacitracin** Cuando sea necesario para cortadas, heridas, etc., 1 a 3 veces al día.

**Loción Calamina** Cuando sea necesario para aliviar la comezón producida por el contacto con ciertas plantas, como la hiedra, el zumaque o el reble.

**Crema Hidrocortisona 0.5%** Cuando sea necesario 3 veces al día para aliviar la comezón asociada con irritaciones menores de la piel.

**Oragel** Cuando sea necesario para el dolor de los dientes/muelas.

**Tabletas antiácidas Tums** Serán administrados solo a los estudiantes de la **ESCUELA SUPERIOR** Para aliviar el acido estomacal producido por la indigestión, no mas de 6 tabletas al día.

**Pramoxine HCL** (para alivio de picaduras) Cuando sea necesario para aliviar temporalmente las molestias causadas por picaduras de insectos, urticarias, o sarpullidos.

De acuerdo con mis conocimientos, mi hijo/a no tiene alergia/sensitividad a ningunos de los productos mencionados arriba.

Yo otorgo permiso a la enfermera escolar para compartir con el personal docente apropiado, la información relacionada a las condiciones de salud que están descritas en este formulario. Yo otorgo permiso a la enfermera escolar a compartir pertinente información médica con proveedores médicos adecuados.

La enfermera escolar contactara, si es posible, a los padres de estudiantes elementares antes de subministrarles acetaminophen (tylenol).

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_