



Departamento de Salud

729 Clay Street
Darlington, WI 53530
P. 608-776-4895
F. 608-776-4885

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS: De venta libre**

Nombre del estudiante: _____ Grado/Maestro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Alergias: _____

NOTA A LOS PADRES/TUTORES

El Distrito Escolar **EXIGE** que los estudiantes que necesitan medicamentos de venta libre durante el horario escolar **DEBEN** hacer lo siguiente:

1. Presentar un formulario de consentimiento por escrito llenado y firmado por el padre o tutor legal. (Formulario de consentimiento a continuación)
2. Traiga los medicamentos de venta libre en el envase original. No envíe medicamentos en bolsas de plástico, sobres u otros recipientes sin marcar.

NOTA: Muchos de los medicamentos a corto plazo no necesitan administrarse en la escuela. Por ejemplo, los medicamentos que se toman 3 veces al día se pueden administrar en la mañana antes de la escuela, justo después de la escuela y antes de acostarse.

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Medicamento: _____ Dosis: _____

Tiempo a dar: _____

Motivo por el que se administra el medicamento: _____

Al firmar a continuación, doy permiso al personal de la escuela para administrar el medicamento sin receta indicado anteriormente a mi hijo/hija. Entiendo que todos los medicamentos deben estar en su envase original. Doy permiso para que la información necesaria relacionada con la condición de mi hijo se comparta con la enfermera de la escuela.

Firma de los padres

Fecha

