



# USD #210 Health Office

2018-2019 School Year

305 E. 6<sup>th</sup> St Hugoton, KS 67951 620-544-4376

De acuerdo con la Guía de Administración de Medicamentos en las Escuelas de Kansas y K.A.R. 60-15-101 hasta 60-15-104 del Acta de Practica de Enfermeras de Kansas, favor de llenar la siguiente forma para que su estudiante pueda recibir medicamentos sin receta (medicamentos que no necesitan receta) (OTC siglas en inglés) en la escuela. Estos medicamentos sin receta solo serán administrados con permiso por escrito de los padres o del medico y cuando la enfermera de la escuela o personal auxiliar considere necesario el uso de medicamento sin receta (OTC). Cualquier empleado de la escuela que administra cualquier medicina de OTC (medicina sin receta) con instrucciones escritas del Padre/Médico no será responsable de daños o consecuencia de una reacción adversa de droga sufrida por el estudiante a causa de la administración de medicina de OTC. Las medicinas sin receta tales como Tylenol e Ibuprofen serán tratados con base individual y los padres serán notificado cuando la situación se presente.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Por favor conteste SI o NO a dar su consentimiento para medicamentos de venta libre sólo debe utilizarse cuando sea necesario:

**SI**

**NO**

( )

( )

Ungüento antibiótico Triple (para cortadas o raspones)

( )

( )

Ungüento de Hidrocortisona (para piquetes de insectos, sarpullidos)

( )

( )

Orajel (para dolor de muelas, irritación en los labios)

( )

( )

Dulces para la tos

( )

( )

Gotas para los ojos de rehumectación

Por favor conteste SI o No a dar deseo ser notificado cada vez que cualquiera de los medicamentos arriba mencionados sean administrados en le escuela.

**SI**

**NO**

( )

( )

Yo comprendo que el empleado de la escuela que administre el medicamento a mi hijo de ascuerdo con las instrucciones del los Padres y/o el médico no es responsable por daños que puedan resultar al estudinate en caso de una reacción alérgica a la medicina administrada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha