

**JOHNSON CITY SCHOOLS  
HEALTH SERVICES  
PERMISO PARA ADMINISTRAR  
Acetaminophen e Ibuprofen por fiebre mayor a 101.5**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MARQUE UNA:**

- Mi niño no es alérgico a ningún medicamento**
- Mi niño es ALERGICO a los siguientes medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Indique todos los medicamentos que su niño toma en forma rutinaria:**

Nombre del Medicamento	Dosis	Hora en que debe tomarla	Propósito del Medicamento

**A continuación, indique cualquier información adicional sobre la salud el personal deba conocer:** \_\_\_\_\_

A continuación, marque **TODAS** las casillas del medicamento de venta libre que se le **PUEDE DAR** a su niño en caso de fiebre superior a 101.5. **LOS PADRES DEBEN PROPORCIONAR EL MEDICAMENTO INDICADO A CONTINUACIÓN EN UNA BOTELLA NUEVA SIN ABRIR O EN UN PAQUETE (BLÍSTER) QUE ESTÉ SELLADO Y ETIQUETADO CON EL NOMBRE DEL NIÑO.** Indique los síntomas (puede indicar "según sea necesario" o elegir dar síntomas específicos) en los cuales se le pueda dar cada medicamento.

Marque	Medicamento	Síntomas en los que el medicamento puede ser usado
	Acetaminophen (Tylenol)	
	Ibuprofen (Advil)	

Yo, el padre / representante abajo firmante doy permiso al personal de las Escuelas de Johnson City para darle a mi niño los medicamentos marcados, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante. Notificaré a la enfermera de la escuela de cualquier medicamento que se administre antes de su llegada a la escuela. También libero al Sistema Escolar de Johnson City y a su personal de cualquier reclamo legal que tenga ahora o pueda surgir a partir de la administración o la falta de administración de medicamentos a mi niño. Asumiré toda la responsabilidad por los efectos secundarios y complicaciones que mi niño pueda presentar como resultado de los medicamentos.

Firma del Padre / Representante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Telf. Celular: \_\_\_\_\_ Telf. De casa: \_\_\_\_\_ Telf. del Trabajo: \_\_\_\_\_

**Los medicamentos vencidos no pueden administrarse en la escuela. No administramos ningún medicamento que contenga SALICYLATE (como Aspirina y Pepto-Bismol) debido al peligro del SÍNDROME DE REYE sin la autorización por escrito por parte de un médico.** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Servicios de Salud –Health Services– al (423) 232-5380.