

**JOHNSON CITY SCHOOLS
HEALTH SERVICES
PERMISO PARA ADMISTRAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE**
(Solo para Grados 7th al 12th)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Marque una Escuela: Liberty Bell Middle School Science Hill High School Grado: _____ Año Escolar: _____

POR FAVOR MARQUE UNA:

- Mi representado no es alérgico a ninguna medicina
- Mi representado ES ALERGICO a los siguientes medicamentos: _____
- _____

Enumere todos los medicamentos que se niño toma regularmente:

Nombre del Medicamento	Dosis	Hora a cuando lo toma	Propósito

A continuación, enumere cualquier información de salud adicional que el personal deba conocer: _____

Marque **TODAS las casillas** al lado del medicamento sin receta que su hijo **PUEDA TOMAR** durante el día clases. **LOS PADRES DEBEN PROPORCIONAR EL MEDICAMENTO DE LIBRE VENTA QUE HAYAN MARCADO, EN UNA BOTELLA NUEVA SIN ABRIR O EN UN BLÍSTER QUE ESTÉ SELLADO Y ETIQUETADO.** Indique los síntomas (puede indicar "según sea necesario" o elegir dar síntomas específicos) para cada medicamento que se le vaya a dar.

Marque	Medicamento	Síntomas para los cuales el medicamento puede ser usado
	Acetaminophen (Tylenol)	
	Ibuprofen (Advil)	
	Antibiotic Ointment	
	Hydrocortisone Ointment (anti-itch)	
	Anti-acid	
	Benadryl	

Yo, el Padre / Representante abajo firmante, doy permiso al personal de las Escuelas de Johnson City para administrar los medicamentos marcados de acuerdo con las recomendaciones del fabricante a mi hijo. 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 su personal de cualquier reclamo legal que ahora tengan o puedan surgir a partir de la administración o la falta de administración de medicamentos al estudiante. Asumiré toda la responsabilidad por los efectos secundarios y complicaciones que mi hijo pueda tener 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 firma de un médico. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Servicios de Salud al 423-232-5380.