



**AUTORIZACIÓN/REGISTRO PARA ADMINISTRAR  
MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA  
(Escuelas Primarias)**

Año Escolar \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del/la estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

*En caso de una lesión o enfermedad menor durante la jornada escolar, autorizo que la enfermera de la escuela sea quien administre la dosis de medicamento(s) señalados, en base a su peso y estatura y en acuerdo con la dosis recomendada en la etiqueta de manufactura. Tengo entendido que se utilizarán otros métodos de cuidado antes de administrar estos medicamentos (por ej.: darle un almuerzo, descanso, etc.).*

*También entiendo que si mi hijo/a necesita otro(s) medicamento(s) por un período largo de tiempo o para una enfermedad crónica, yo debo proporcionar el(los) medicamento(s) en su recipiente original de la farmacia y llenar un formulario de permiso para cada medicamento.*

*Estoy de acuerdo en que el distrito escolar y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción legal, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento.*

*El administrar cualquiera de los medicamentos siguientes se hará de acuerdo al criterio profesional de la enfermera escolar y solamente por ella o una enfermera suplente calificada.*

**MARQUE  TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USTED AUTORICE PARA SER ADMINISTRADOS**

*Todos los medicamentos proporcionados por los padres o tutores legales deberán estar en su empaque original.*

**Tylenol® (Acetaminophen)**

- Adulto tableta de 325 mg
- Tableta masticable para niño de 80 mg
- Suspensión oral para niño de 160 mg/mL

**Benadryl® (Diphenhydramine)**

- Niños de 12 años o mayores
  - Tableta de 25 mg
  - Suspensión oral de 12.5 mg/5mL
- Niños de 6 a 12 años
  - Suspensión oral de 12.5 mg/5mL

- Loción Calamine
- Loción Caladryl
- Crema Hydrocortisone
- Grageas para la tos (solamente a 2º a 6º grado)
- Benzocaina (Orajel™)

**Motrin®/Advil® (Ibuprofeno)**

- Adulto tableta de 200 mg
- Tableta masticable para niño de 50 mg
- Suspensión oral para niño de 100 mg/5mL

ISE-HS-003 SPA (Elem) (Rev 03/18)

Firma de un padre de familia o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN/REGISTRO PARA ADMINISTRAR  
MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA  
(Escuelas Primarias)**

Año Escolar \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del/la estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

*En caso de una lesión o enfermedad menor durante la jornada escolar, autorizo que la enfermera de la escuela sea quien administre la dosis de medicamento(s) señalados, en base a su peso y estatura y en acuerdo con la dosis recomendada en la etiqueta de manufactura. Tengo entendido que se utilizarán otros métodos de cuidado antes de administrar estos medicamentos (por ej.: darle un almuerzo, descanso, etc.).*

*También entiendo que si mi hijo/a necesita otro(s) medicamento(s) por un período largo de tiempo o para una enfermedad crónica, yo debo proporcionar el(los) medicamento(s) en su recipiente original de la farmacia y llenar un formulario de permiso para cada medicamento.*

*Estoy de acuerdo en que el distrito escolar y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción legal, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento.*

*El administrar cualquiera de los medicamentos siguientes se hará de acuerdo al criterio profesional de la enfermera escolar y solamente por ella o una enfermera suplente calificada.*

**MARQUE  TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USTED AUTORICE PARA SER ADMINISTRADOS**

*Todos los medicamentos proporcionados por los padres o tutores legales deberán estar en su empaque original.*

**Tylenol® (Acetaminophen)**

- Adulto tableta de 325 mg
- Tableta masticable para niño de 80 mg
- Suspensión oral para niño de 160 mg/mL

**Benadryl® (Diphenhydramine)**

- Niños de 12 años o mayores
  - Tableta de 25 mg
  - Suspensión oral de 12.5 mg/5mL
- Niños de 6 a 12 años
  - Suspensión oral de 12.5 mg/5mL

- Loción Calamine
- Loción Caladryl
- Crema Hydrocortisone
- Grageas para la tos (solamente a 2º a 6º grado)
- Benzocaina (Orajel™)

**Motrin®/Advil® (Ibuprofeno)**

- Adulto tableta de 200 mg
- Tableta masticable para niño de 50 mg
- Suspensión oral para niño de 100 mg/5mL

ISE-HS-003 SPA (Elem) (Rev 03/18)

Firma de un padre de familia o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**OVER-THE-COUNTER MEDICATION PERMISSION/RECORD (Elementary Schools)**

Student Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

OTC Medication Given	Date	Time	Given By	OTC Medication Given	Date	Time	Given By

Nurse's Signature \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OVER-THE-COUNTER MEDICATION PERMISSION/RECORD (Elementary Schools)**

Student Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

OTC Medication Given	Date	Time	Given By	OTC Medication Given	Date	Time	Given By

Nurse's Signature \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_