

Consentimiento para la administración de medicamentos a discreción e información de contacto en caso de problemas de salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado /Maestro/a: _____

Alergias (incluidas alergias a medicamentos): _____

Enumere todos los medicamentos que recibe su hijo en forma regular: _____

Problemas médicos/de salud: Marque todas las opciones que correspondan

- Asma ADHD* Trastorno hemorrágico Diabetes Problema cardíaco Migrañas
 Convulsiones Visión (usa anteojos) Otro (describir) _____

*ADHD: Déficit de atención e hiperactividad

Quisiera que se administre el o los siguientes medicamentos a mi hijo/a: *(marque la opción que corresponda)*

Para dolor de cabeza/ fiebre/quemaduras/dolor de oídos/dolores musculares/dolor/calambres menstruales

Para malestar estomacal

Acetaminofeno (como Tylenol)

Ibuprofeno (como Advil
(de 12 años en adelante/ 9 años para calambres menstruales)

Tabletas antiácidas masticables
(como Tums)

Para reacciones alérgicas leves

Difenhidramina (como Benadryl)

Para tos/dolor de garganta

Pastillas para la tos

Para dermatitis del pañal

Óxido de zinc

No quiero que mi hijo/a reciba medicamentos en la escuela.

Información de contacto

Nombre del padre/ tutor 1: _____

Nombre del padre/ tutor 2: _____

Teléfono residencial del padre/ tutor 1: _____

Teléfono residencial del padre/ tutor 2: _____

Teléfono celular del padre/ tutor 1: _____

Teléfono celular del padre/ tutor 2: _____

Trabajo del padre/ tutor 1: _____

Trabajo del padre/ tutor 2: _____

Correo electrónico del padre/ tutor 1: _____ Correo electrónico del padre/ tutor 2: _____

Dirección particular del padre/ tutor: _____

Personas a quienes se puede entregar el estudiante además del padre/madre:

Nombre: _____ Número(s) de teléfono: _____

Nombre: _____ Número(s) de teléfono: _____

Entiendo que los medicamentos que he marcado anteriormente serán administrados por la Enfermera titulada/Enfermera escolar de acuerdo con los protocolos establecidos desarrollados por el Médico Jefe de Servicios de Salud Escolar para el Departamento de Salud del Condado de Baltimore y la Coordinadora de Servicios de Salud para las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore. Entiendo que se pueden utilizar equivalentes genéricos de los medicamentos. Mi firma autoriza la entrega de mi hijo/a a las personas indicadas en esta página.

Firma del padre/madre/tutor/estudiante elegible

Fecha

**Consentimiento anual para la administración de medicamentos a discreción
e información de contacto en caso de problemas de salud**

Estimado padre, madre o tutor:

Al reverso de esta carta se incluye un formulario que proporciona a la enfermera escolar información médica actualizada de su hijo/a, una lista de las personas a contactar en caso de enfermedad o lesión y una sección para que otorgue su consentimiento para que el niño reciba determinados medicamentos sin receta que se encuentran disponibles para administrar a todos los estudiantes sin cargo alguno. **Este formulario se debe completar cada año escolar.**

El programa de medicamentos sin receta (denominados Medicamentos a discreción) está diseñado para aliviar afecciones menores y evitar la salida anticipada innecesaria de los niños de la escuela. Estos medicamentos cuentan con la aprobación del Jefe de Servicios de Salud Escolares, Departamento de Salud del Condado de Baltimore, y la Coordinadora de la Oficina de Servicios de Salud de las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore.

Es necesario que usted otorgue su consentimiento para poder dar medicamentos a su hijo/a. Solamente la Enfermera titulada/Enfermera escolar podrá administrar estos medicamentos de conformidad con los protocolos establecidos. El formulario de consentimiento enumera los medicamentos que pueden estar disponibles. Complete el formulario de consentimiento y devuélvalo a la enfermera escolar.

Los medicamentos a discreción aprobados son sólo para uso ocasional. Si su hijo/a requiere en forma regular un medicamento recetado o sin receta, debe obtener una orden escrita de su proveedor de atención médica y enviar a la escuela los medicamentos correspondientes.

Si tiene alguna pregunta o desea información adicional, comuníquese con la enfermera escolar.

Atentamente,

Deborah Somerville, RN, MPH
Coordinadora
Oficina de Servicios de Salud
Escuelas Públicas del Condado de
Baltimore

Lucia Donatelli, MD, FAAP
Jefa
Oficina de Salud Infantil, Adolescente y Escolar
Departamento de Salud del Condado de
Baltimore