

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE
Oficina de Servicios de Salud

Consentimiento para la Administración de Medicamentos Aprobados a Discreción e Información de Contacto en casos de Problemas de Salud

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Escuela: _____ **Grado:** _____

Alergias (incluir alergias a medicamentos): _____

Enumere todos los medicamentos que su hijo recibe regularmente: _____

Problemas Médicos / de Salud: Tildar todos los que correspondan

- Asma
 Hiperactividad
 Pérdidas de sangre
 Diabetes
 Problema cardíaco
 Falta de Atención (ADHD)
 Migrañas
 Ataques
 Otros (describir)

Modificaciones que se requieren en la Escuela: Tildar todos los que correspondan

- Ubicación especial
 Educación Física modificada
 Otra (describir) _____

Quisiera que la(s) siguiente(s) medicación(es) se pusieran a disposición de mi hijo: *(por favor tildar)*

Para Dolor de Cabeza/ Fiebre/ Quemaduras/ Dolor de Oído/ Dolores Musculares /Dolores Agudos / Calambres Menstruales

Para Descompostura Estomacal

- Acetaminofeno (*similar a Tylenol*)
 Ibuprofeno (*similar a Advil*)
 Tabletas Antiácidas Masticables
(12 años o más/ 9 años para dolores menstruales)
(similar a Tums)

Para Reacciones Alérgicas Leves

Para Tos / Dolor de Garganta

- Difenhidramina (*similar a Benadryl*)
 Pastillas para la tos
 No quiero que mi hijo reciba ningún medicamento en la escuela.

Información de Contacto

Padre / Tutor 1 Nombre: _____ Padre / Tutor 2 Nombre: _____
Padre / Tutor 1 Teléfono particular: _____ Padre / Tutor 2 Teléfono particular: _____
Padre / Tutor 1 Celular: _____ Padre / Tutor 2 Celular: _____
Padre / Tutor 1 Trabajo: _____ Padre / Tutor 2 Trabajo: _____

Personas a quien el niño puede ser entregado además del padre/madre:

Nombre: _____ Número(s) de teléfono: _____
Nombre: _____ Número(s) de teléfono: _____

Comprendo que los medicamentos que he tildado anteriormente serán administrados por el Enfermero Registrado / Enfermero Escolar, de conformidad con los protocolos establecidos preparados por el Jefe Médico de Servicios Escolares de Salud para el Departamento de Salud del Condado de Baltimore y el Coordinador de Servicios de Salud para las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore. Comprendo que se pueden utilizar los equivalentes genéricos de los medicamentos. Mi firma autoriza la entrega de mi hijo a las personas listadas en esta página.

Firma del Padre/Madre/ Tutor/ Estudiante Elegible _____
Fecha

**Consentimiento Anual para la Administración de Medicación a Discreción
e Información de Contacto en casos de Problemas de Salud**

Estimado Padre, Madre o Tutor:

En el reverso de esta carta se incluye un formulario que proporciona al enfermero escolar información actualizada con respecto a su hijo, una lista de personas a contactar en el caso de enfermedad o lesión, y una sección en la que se indica su consentimiento para que el niño reciba determinados medicamentos sin receta que están a disposición para administrar a los niños, sin cargo, en caso de necesidad. **Este formulario debe ser completado nuevamente todos los años escolares.**

El programa de medicamentos sin receta (denominado Medicamentos a Discreción) está diseñado para aliviar afecciones menores y evitar la salida anticipada de los niños de la escuela. Estos medicamentos tienen la aprobación del Jefe de Servicios Escolares de Salud, el Departamento de Salud del Condado de Baltimore y el Coordinador de la Oficina de Servicios de Salud de las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore.

Es necesario que usted dé su consentimiento antes de que se le puedan dar medicamentos a su hijo. Sólo el Enfermero Registrado / Enfermero Escolar podrá administrar estos medicamentos conforme a los protocolos establecidos. El formulario de consentimiento enumera los medicamentos que pueden estar disponibles. Por favor complete el formulario de consentimiento y entrégueselo al enfermero escolar.

Los medicamentos aprobados a discreción son sólo para uso ocasional. Si su hijo requiere en forma regular un medicamento bajo receta o no recetado, debe obtener una orden escrita del profesional de la salud y enviar a la escuela los medicamentos correspondientes.

Si tuviera alguna pregunta o quisiera información adicional, por favor comuníquese con el/la enfermero/a 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