

**FORMULARIO DE SECUNDARIA  
PARA ANALGESICOS**

Estimados Padres o Guardianes:

De vez en cuando su niño inesperadamente puede necesitar un analgésico durante el día escolar. Por esta razón, la enfermera de la escuela puede tener una provisión LIMITADA de esta medicina.

Por favor llene el formulario abajo y devuélvalo a la enfermera de la escuela si usted quiere que su niño reciba un analgésico durante el día escolar.

**Si su niño(a) necesita un analgésico por un tiempo extendido por causa de condiciones crónicas, usted tiene que proveer la medicina.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Consejero: \_\_\_\_\_

Mi niño(a) puede recibir los medicamentos marcados abajo:

SI	NO	MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analgésico - (Tylenol)	1 adulto regular-325 mg.	Cada 4 horas si es necesario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analgésico - (Tylenol)	2 adulto regular-650 mg.	Cada 4 horas si es necesario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ibuprofén - (Advil)	1 adulto regular-200 mg.	Cada 6 horas si es necesario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ibuprofén - (Advil)	2 adulto regular-400 mg.	Cada 6 horas si es necesario

**NO ANADA ALGUN MEDICAMENTO A ESTE FORMULARIO**

**INDIQUE SI DESEA QUE SE LE NOTIFIQUE ANTES DE QUE SU HIJO RECIBA MEDICAMENTOS**  Sí  No

Yo autorizo a la enfermera de la escuela o a la persona designada por el director para ser mi representante para darle el medicamento(s) marcados arriba a mi hijo(a). Convengo y por la presente exonero de cualquier responsabilidad al distrito escolar y sus empleados por reclamos, demandas, procesos de acción legal, obligaciones o pérdidas de cualquier clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha