

**FORMULARIO DE SECUNDARIA  
PARA ANALGESICOS**

Estimados Padres o Guardianes:

De vez en cuando su niño inesperadamente puede necesitar un analgésico o pastilla para la tos 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 o pastilla para la tos durante el día escolar.

**Si su niño(a) necesita un analgesico o pastilla para la tos por un tiempo extendido por causa de condiciones cronicas, 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas para la tos, supresores de la tos con mentol	1 pastilla para la tos para mayores de 5 años	Cada 2 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