

**FORMULARIO PARA ACETAMINOFÉN Y PASTILLAS PARA LA TOS  
ESCUELA ELEMENTARY (PRIMARIA)**

Estimado Padre/Tutor legal:

Ocasionalmente, su hijo(a) puede necesitar acetaminofén o pastillas para la tos inesperadamente durante un día escolar.

Para estas ocasiones, la enfermera de la escuela puede mantener un suministro **LIMITADO** de estos medicamentos.

Por favor, complete el formulario a continuación y devuélvalo a la enfermera de la escuela si desea que su hijo(a) reciba acetaminofén o pastillas para la tos durante el día escolar.

**SI SU HIJO(A) NECESITA ACETAMINOFÉN O PASTILLAS PARA LA TOS POR UN TIEMPO EXTENDIDO O PARA UNA CONDICIÓN CRÓNICA, USTED *DEBE* PROPORCIONAR EL MEDICAMENTO.**

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Grado:

Profesor:

**MI HIJO(A) PUEDE RECIBIR LOS MEDICAMENTOS MARCADOS DEBAJO:  
LAS CASILLAS DEBEN MARCARSE PARA QUE SU HIJO(A) RECIBA DICHS MEDICAMENTOS.**

SÍ	NO	MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acetaminofén (Tylenol)	1 tableta regular = 325 mg.	Cada 4 horas si es necesario.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acetaminofén (Tylenol)	2 tabletas regulares = 650 mg.	Cada 4 horas si es necesario.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acetaminofén (Tylenol)	Masticable para niños 80 mg. = 1 tableta Seguir la dosis recomendada en el frasco	Cada 4 horas si es necesario.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acetaminofén (Tylenol)	Junior Strength 160 mg = 1 tableta Seguir la dosis recomendada en el frasco	Cada 4 horas si es necesario.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acetaminofén Líquido (Tylenol)	Seguir la dosis según edad/peso indicada en el frasco	Cada 4 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 AGREGUE NINGÚN MEDICAMENTO A ESTE FORMULARIO**

**POR FAVOR INDIQUE SI LE GUSTARÍA SER NOTIFICADO ANTES DE QUE SU HIJO(A) RECIBA MEDICAMENTOS**  SÍ  NO

Autorizo a la enfermera de la escuela o la persona designada por el director para que sea mi agente y le dé a mi hijo(a) los medicamentos marcados anteriormente. Acepto y por la presente eximo al distrito y a sus empleados de cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo, debido a o que surja de actos u omisiones con respecto a este medicamento.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha