

Planilla de Permiso para Administración de Medicamento que No Requiere de Receta Médica

Este tipo de medicamento (también conocido como “de libre adquisición--en inglés, como “over-the-counter”, abreviado “OTC”) solamente podrá ser administrado, en la escuela, por el personal entrenado y así específicamente designado; a estudiantes cuyos padres/representantes hayan dado su consentimiento escrito para ello, y sólo en seguimiento estricto de las instrucciones que para su administración están impresas en la etiqueta del fabricante del medicamento, según cada caso. **Para todo lo cual dicho medicamento deberá ser suministrado a la escuela por el padre/ representante del estudiante, cumpliendo con las siguientes condiciones: sin abrir el empaque exterior original del fabricante, tal y como se obtiene de la tienda. Exteriormente, dicho empaque debe de listar tanto los ingredientes, como la dosis terapéutica recomendada.*** Además, dicho medicamento deberá de ser debidamente marcado en su empaque exterior por el padre/representante, con el nombre del estudiante; y una vez entregado permanecerá en la oficina de la enfermería de escuela. Nota: Un mismo envase de medicamento de este tipo podrá ser usado compartidamente por más de un estudiante miembro de una misma familia, **con tal que el padre/representante haya llenado y entregado una Planilla de Permiso para Administración de Medicamento que No Requiere de Receta Médica separada, para cada estudiante de una misma familia, usuario del medicamento.**

Nombre del estudiante: _____ Fecha Naci. : _____ Grado: _____
Año Académico: _____ en la Escuela (use un círculo): Clay Lamberton Berlin Middle Berlin High

Mi estudiante, antes arriba mencionado, tiene mi permiso para tomar el (los) siguiente(s) medicamentos que no requiere(n) de receta médica:

- **Nombre del medicamento y dosis:** _____
Administración por vía (oral ó tópica): _____
Propósito/Razón: _____

- **Nombre del medicamento y dosis:** _____
Administración por vía (oral ó tópica): _____
Propósito/Razón: _____

- **Nombre del medicamento y dosis:** _____
Administración por vía (oral ó tópica): _____
Propósito/Razón: _____

- **Nombre del medicamento y dosis:** _____
Administración por vía (oral ó tópica): _____
Propósito/Razón: _____

Firma del Padre/Representante: _____ **Fecha:** _____
Parentesco con el estudiante: _____

(*A un estudiante se le podrá administrar este tipo de medicamento en dosis otra que la recomendada terapéuticamente en el empaque, sólo con la aprobación escrita del proveedor de servicios de cuidado de salud del estudiante. Por lo tanto, en caso de que el padre/representante considere beneficioso para su estudiante que se le administre este tipo de medicamento en dosis otra que la recomendada terapéuticamente, el padre/representante conjuntamente con el proveedor de servicios de cuidado de salud del estudiante deberán llenar, en sustitución de la presente, una **Planilla de Permiso para Administración de Medicamento Recetado** para dicho medicamento y dosis.)