



Distrito escolar del área de Little Chute

Servicios de salud

ADMINISTRACIÓN DE

MEDICAMENTOS DISPONIBLES



Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera Escolar 920-788-7600

Fax de la Escuela Primaria: 920-788-7847 Y Fax de las Escuelas IM/MS/HS: 920-788-7841

Los siguientes medicamentos están disponibles para todos los estudiantes de LCASD en los grados 5-12 de 7:30 a 3:30 pm y se ofrecen como cortesía a los estudiantes y padres/tutores. Los medicamentos en existencia se administrarán según las instrucciones del paquete.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	GRADO:
ESCUELA:		

APROBACIONES DE MEDICAMENTOS EN STOCK

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	OBJETIVO	DOSIS	FRECUENCIA	APROBADO (SÍ O NO)	
Paracetamol 325 mg cada tableta <i>(Fuerza regular)</i>	Para tratar el dolor leve a moderado. <i>(de dolores de cabeza, períodos menstruales, dolores de muelas, dolores de espalda, osteoartritis y/o dolor)</i>	1-2 tabletas (325-650 mg)	Cada 4 a 6 horas, según sea necesario, sin exceder las 10 tabletas en 24 horas.	SÍ	NO
Ibuprofeno 200 mg cada tableta	Para tratar el dolor leve a moderado. <i>(de dolores de cabeza, períodos menstruales, dolores de muelas, dolores de espalda, osteoartritis y/o dolor)</i>	1-2 tabletas (200-400 mg)	Cada 4 a 6 horas según sea necesario sin exceder las 6 tabletas en 24 horas.	SÍ	NO
Benadryl 25 mg cada tableta	Alivio de los síntomas de alergias o fiebre del heno <i>(Los síntomas incluyen: secreción nasal, estornudos, picazón, ojos llorosos y picazón en la nariz o la garganta)</i>	1-2 tabletas (25-50 mg)	Cada 4 a 6 horas según sea necesario sin exceder las 6 tabletas en 24 horas.	SÍ	NO
Tums 750 mg cada tableta <i>(Fuerza extra)</i>	Alivia la acidez estomacal, la ingestión de ácido, el estómago agrio y el malestar estomacal asociados con estos síntomas.	2-4 tabletas (1500-3000 mg)	Según sea necesario. No exceder las 10 tabletas en 24 horas.	SÍ	NO
Pastillas para la tos Mentol 7,5 mg	Alivia la irritación temporal o dolor de garganta.	1 pastilla para la tos	Cada 2 horas según sea necesario.	SÍ	NO
Benadryl Crema	Alivio del dolor y/o picor	Actual	Según sea necesario.	SÍ	NO

- Certifico que mi hijo no tiene alergias conocidas a los medicamentos aprobados arriba marcados con un Sí.
- Se sabe que mi hijo es alérgico a los siguientes medicamentos: _____

AUTORIZACIÓN

PADRE/GUARDIÁN CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Por la presente doy permiso al personal escolar designado para que le dé medicamentos a mi hijo durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar por asuntos oficiales de la escuela. Por la presente doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de aula sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos de los medicamentos. Además, aceptó eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y al empleado(s) del LCASD que están administrando el medicamento en cualquiera o todos los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela. Acepto notificar a la escuela al finalizar esta solicitud o cuando sea necesario realizar cambios en las órdenes anteriores.

Entiendo que la información de salud de los estudiantes se comparte a través de correos electrónicos, copias de planes de salud y/o reuniones de personal con maestros de nivel de grado, entrenadores, compañías de autobuses, personal de oficina y otro personal pertinente de LCASD.

Al firmar a continuación, acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo y que el plan de salud es correcto y/o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para que el plan sea correcto.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:	FECHA:
-------------------------------	---------------

Iniciales del director: _____ **Fecha:** _____