



FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTOS DEL MÉDICO Y LOS PADRES

NOMBRE DE ESCUELA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Los siguientes medicamentos de venta libre están disponibles en el Centro Ashokan y se pueden administrar según sea necesario según las instrucciones de la etiqueta según la edad y el peso del estudiante.

TENGA EN CUENTA: Absolutamente NO Los medicamentos de venta libre o recetados, los suplementos, las vitaminas o los ungüentos tópicos se pueden administrar sin la firma de un médico y de los padres, de acuerdo con la Ley de Educación del Estado de Nueva York, Título 139, Sección 6902.

AL PROVEEDOR: Por favor, indique aprobación para la administración circulando Sí o No en el espacio indicado.

MEDICAMENTO	RUTA	DOSIS	CRONOGRAMA & INDICACIONES	TAL VEZ ADMINISTRADO
Tylenol (acetaminofén)	Por la boca (elixir o tabletas)	Según las instrucciones de la etiqueta por edad y peso	Cada 4 horas PRN dolor o fiebre > _____ °F	Sí No
Motrin (ibuprofeno)	Por la boca (elixir, suspensión o tabletas)	Según las instrucciones de la etiqueta por edad y peso	Cada 4 horas PRN dolor o fiebre > _____ °F	Sí No
Benadryl (Difenhidramina)	Por la boca (elixir, suspensión o tabletas)	Según las instrucciones de la etiqueta por edad y peso	Cada 6 horas PRN para reacciones alérgicas	Sí No
Pomada Antibacteriana	Aplicar tópicamente	Bacitracina Zinc 500 U	Aplicar 1--3 cortes menores PRN diarios	Sí No
hidrocortisona Crema 1%	Aplicar tópicamente	Hidrocortisona 1%	Aplicar 3--4x Daily PRN irritación de la piel	Sí No
Benadryl (Difenhidramina) Crema 2%	Aplicar tópicamente	Difenhidramina 2%	Aplicar 3-4x PRN diario	Sí No
Claritin (loratadina)	Por la boca (elixir, suspensión o tableta)	Según las instrucciones de la etiqueta por edad y peso	PRN una vez al día para alergias estacionales	Sí No

[Escriba aquí]

PROVEEDOR: A continuación, documente el régimen de medicamentos actual para el estudiante mencionado anteriormente, incluidos los medicamentos programados y PRN.

MEDICAMENTO	RUTA	DOSIS	CRONOGRAMA	COMENTARIOS

Tenga en cuenta: este formulario **no es válido** sin el sello de la oficina del proveedor.

SIGNATURES

Provider:

Date:

Parent/Guardian:

Date:

Please Stamp
Here