

Asistencia con medicamentos de

venta libre Los siguientes medicamentos/artículos de venta libre han sido aprobados por nuestro médico escolar y pueden administrarse para el alivio sintomático de condiciones de salud menores a discreción de la enfermera de la clínica y con la autorización de los padres. Imprima, firme y devuelva este formulario al comienzo del año escolar.

Nombre del estudiante: _____ Grado/Salón principal: _____

Fecha de nacimiento/Edad: _____ Peso del estudiante: _____ Año escolar: _____

Autorizo a la enfermera de la clínica a administrar los siguientes medicamentos/artículos de venta libre según sea necesario en base a la mejor evidencia y las instrucciones del producto (**marque todo lo que usted autorice**):

- Acetaminofén para el dolor
- Ibuprofeno para el dolor y/o la inflamación
- Tabletas antiácidas: para molestias gastrointestinales menores
- Bacitracina: para cortes y abrasiones menores
- Pomada o crema de hidrocortisona: para irritaciones leves de la piel
- Cremas/lociones contra la picazón (es decir, calamina, transparente de calamina) - para irritación leve de la piel

Los siguientes elementos *se utilizarán* regularmente en la clínica para ayudar a tratar molestias menores. Comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo si no desea que su hijo use estos artículos.

Jabones/toallitas/sprays antisépticos, lociones/cremas/bálsamos para el cuerpo, soluciones para el cuidado de los ojos (es decir, solución de contacto, gotas humectantes), vaselina/aquaphor, lavado de heridas con solución salina, gárgaras con agua salada, toallitas para matar picaduras, aloe, pasta de dientes, enjuague bucal, bebé toallitas, cera dental

****Autorizo al personal de las Escuelas de la Ciudad de Marietta a ayudar a mi hijo a tomar la medicación. Por la presente libero y renuncio, y además acepto indemnizar, eximir de responsabilidad o reembolsar a las Escuelas de la Ciudad de Marietta, los miembros individuales, agentes, empleados y representantes de los mismos, de y contra cualquier reclamo que yo, cualquier otro padre o tutor, cualquier hermano, el estudiante, o cualquier otra persona, firma o corporación puede tener o reclamar tener, conocido o desconocido, directa o indirectamente, por cualquier pérdida, daño o lesión que surja de, durante o en relación con la administración de este medicamento.*

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____