



**Autorización para dar medicamentos de venta sin receta en la escuela**

**Authorization for Administration of Over-the-Counter Medications at School**

Este formulario vence al final del año escolar actual./ This form expires at the end of the current school year.

Nombre del alumno/Student Name \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento/Date of birth \_\_\_\_\_ Año escolar/School Year \_\_\_\_\_

Dirección/Street Address \_\_\_\_\_ N° apto-Apt. N° \_\_\_\_\_ Ciudad-City \_\_\_\_\_ Estado/State Código postal/Zip \_\_\_\_\_

Escuela-School \_\_\_\_\_ Grado/Grade \_\_\_\_\_ Salón de clase/Homeroom \_\_\_\_\_

Como padre/tutor del alumno, autorizo que mi hijo reciba los siguientes medicamentos durante el horario escolar o durante actividades que se realicen después del mismo. Acepto proporcionar el medicamento que mi hijo necesite en el envase original con etiqueta, con el sello protector intacto. / As this student's parent/guardian, I give permission for my child to receive the following medications during school hours or during after-school activities. I agree to provide the medication my child needs in the original labeled container with the protective seal intact

*(Encierre con un círculo la respuesta "Sí" o "No" en cada medicamento. El médico completará la dosis y la hora o frecuencia / (Circle yes or no for each medication listed below. Physician to complete dosage and time/frequency.)*

<b>Medicamento de venta sin receta (Debe completar el padre/la madre) / Over-the Counter Medication (Parent to complete)</b>	<b>Encierre en un círculo /Circle those that apply</b>	<b>Dosis (Debe completar el médico) / Dosage (Physician to complete)</b>	<b>Hora-Frecuencia (Debe completar el médico) / Time-Frequency (Physician to complete)</b>
Acetaminofeno (Tylenol) para el dolor de cabeza, dolor de muelas o dolores menores / Acetaminophen (Tylenol) for headache, toothache or minor pain	Sí Yes    No No		
Ibuprofeno para dolor de cabeza, dolor de muelas, dolores menores o calambres menstruales /Ibuprofen for headache, toothache, minor pain or menstrual cramps	Sí Yes    No No		
Crema o loción para la picazón /Anti-itch cream or lotion	Sí Yes    No No		
Gotas para la tos /Cough drops	Sí Yes    No No		
Tums (antiácido para el malestar estomacal) / Tums (antacid)	Sí Yes    No No		

¿El estudiante es alérgico a algún medicamento?  No  Sí, es alérgico a/Yes, allergic to \_\_\_\_\_  
Is student allergic to any medications?

Reacciones graves que deben informarse al médico/ Severe reactions that should be reported to the physician: \_\_\_\_\_

**Proveedor del estudiante (médico/enfermero/dentista) / Student's Provider (Physician/Nurse Practitioner/Dentist)  
Completar dosis y frecuencia en tabla anterior / Complete dosage and frequency above**

Firma del tratante/Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_

Nombre del tratante/Provider's Name: \_\_\_\_\_ Tel. de emergencia/Emergency Phone #: \_\_\_\_\_

Autorizo a la enfermera escolar del Departamento de Salud de Cincinnati o a la persona designada por las Escuelas Públicas de Cincinnati a administrar a mi hijo los medicamentos indicados para aliviar su malestar. Acepto indemnizar o mantener a salvo al Departamento de Salud de Cincinnati y a las Escuelas Públicas de Cincinnati y sus agentes de toda reclamación que pueda surgir como resultado de todas y cada una de las acciones que realicen de acuerdo con esta autorización. Informaré a la escuela si hay algún cambio en esta información/ I give permission to the Cincinnati Health Department school nurse or Cincinnati Public Schools' designee to give my child the above-mentioned medications for comfort measures. I further agree to indemnify or hold harmless the Cincinnati Health Department or Cincinnati Public Schools and its agents from all claims as a result of any and all acts performed under this authority. I will inform the school if there is a change in any of this information.

Firma del padre/tutor - Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha - Date \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (en letras de molde) - Parent/Guardian Name (Please Print) \_\_\_\_\_

**¿Cómo podemos comunicarnos con usted durante el horario escolar? - How can we reach you during school hours?**

Teléfono en su trabajo/Work Phone \_\_\_\_\_ Teléfono en su casa/Home Phone \_\_\_\_\_ Teléfono celular/Cell Phone \_\_\_\_\_ Radioaviso/Pager \_\_\_\_\_ Otro/Other \_\_\_\_\_