

**PROGRAMA DE LOS SERVICIOS MEDICOS  
DEL INSTITUTO INTEGRADO DE OKEECHOBEE**

**Autorización para Administrar Medicaciones Compradas sin Receta Medica**

Las medicaciones de algún OTC pueden estar disponibles en la clínica de la escuela. Estas medicaciones serán dadas a esos estudiantes con las quejas de tener su aprobación escrita para dar la medicación a su niño. Esta aprobación se debe renovar cada año escolar. Si usted quisiera proporcionar esta aprobación. Llene el formulario por favor este y vuélvalo a la escuela.

Autorizo al personal de la salud de la escuela o al otro personal de la escuela que se han entrenado en la administración de la medicación para administrar las medicaciones enumeradas abajo a mi niño. (Marque por favor a través de cualquier medicación que usted no desee a que su niño reciba) entiendo que las medicaciones serán dadas según las direcciones del paquete para la edad y o el peso de mi niño.

**Por favor circulo uno**

1. ¿Es su niño alérgico a medicación? Si o No  
Si satisfaga si haga lista de las alergias:
2. ¿Su niño tiene asma? Si o No
3. ¿Su niño tiene una condición que le requiera tomar medicación cada día? Si o No  
Si, Por favor de escribir la condición y la medicación que su niño toma.

Medicaciones cubiertas por esta autorización:

1. Reductor de fiebre/mitigador de dolor sin-aspirina
2. Antiácido para los trastornos del estomago
3. La crema antibiótica tópica, ungüento para las cortadas, rasguños etc.
4. Antipruriginoso tópico como loción de Calamine para picazones
5. Pastillas Para Tos
6. Ora-gel y Anbesol

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Grado

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Medico

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono del Medico

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono de Casa/Trabajo/Otro

\_\_\_\_\_  
Enfermera de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Fecha