

El médico de las Escuelas Públicas de Framingham, con la aprobación del Comité Escolar, y cumpliendo con las normas del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (105 CMR 210.00), ha autorizado a las enfermeras del distrito a administrarle los siguientes medicamentos que se venden sin recetas a los estudiantes durante el horario escolar.

- IBUPRÓFENO (Advil, Motrin)—para dolor de cabeza o cuerpo o cólicos menstruales
- ACETAMINOFÉN (Tylenol)—para dolor de cabeza o cuerpo o cólicos menstruales
- BENADRYL—para alergias
- TUMS/MAALOX—para dolor de estómago
- Visine Allergy Relief—para alergias de los ojos

Para asegurarnos que los medicamentos OTC se le administran adecuadamente a los estudiantes durante el día escolar, la enfermera de la escuela:

- Evaluará la condición del estudiante, la descripción actualizada del medicamento, el historial de alergias y la necesidad del medicamento.
- Revisará el formulario de permiso firmado por los padres, que es válido durante un año escolar.
- Llamará al padre/tutor para confirmar, cuando sea necesario, la fecha en que se le administró la última dosis.
- Administrará la dosis correcta siguiendo las indicaciones del médico.
- Documentará la administración del medicamento en el registro de visita de la enfermería.
- Contactará al padre/tutor que ha solicitado que se le notifique después que se le haya administrado algún medicamento OTC a su niño/a durante el horario escolar.

Los medicamentos serán suministrados por el Departamento de Servicios de Salud Escolar.  
***Autorizo a la enfermera de la escuela a administrarle a mi hijo/a el siguiente medicamento, cuando sea necesario, durante el horario escolar.***

**Por Favor Marque Los Que Usted Permite:**

**IBUPRÓFENO ACETAMINOFÉN BENADRYL TUMS/MAALOX VISINE ALLERGY RELIEF**

**Escuela:** \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Números de teléfonos de los padres:**  
 (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_ (hogar) \_\_\_\_\_

**Favor de notificarme cuando se le administre cualquier medicamento OTC a mi hijo/a durante el horario escolar. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**Comentarios:** \_\_\_\_\_