

**ESCUELAS PÚBLICAS DE ANDOVER
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD**

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ACETAMINOFENO / IBUPROFENO

Nombre del estudiante _____ FDN _____ Grado _____ Escuela: _____

Dirección _____ Tel. # _____

ORDEN DE MEDICAMENTO:

Medicamento: Acetaminofeno/Paracetamol Dosis: 325 - 650 mg. Vía: Oral

Frecuencia: cada 4 horas mientras sea necesario

Diagnóstico: dolor, dolor de cabeza, fiebre (temperatura > 101 grados F)

Medicamento: Ibuprofeno Dosis: 200 - 400 mg. Vía: Oral

Frecuencia: cada 6 horas mientras sea necesario

Diagnóstico: dolor, dolor de cabeza, fiebre (temperatura > 101 grados F)

Duración: para el año escolar vigente Efectos secundarios: Riesgo de hemorragia con ibuprofeno

Autoadministración: No

Prescriptor con licencia: Dr. Kenneth Chan, médico de las escuelas de Andover, teléfono: 978-475-4522

PERMISO DEL PADRE / TUTOR:

_____ Yo doy permiso a la enfermera de la escuela, o al personal escolar designado por la enfermera de la escuela, para administrar acetaminofeno / ibuprofeno (**marque con un círculo cada uno**) a mi hijo desde _____ hasta _____.

Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relacionada con este medicamento recetado con el personal apropiado de la escuela si es necesario para la salud y seguridad de mi hijo.

Este estudiante tiene las siguientes alergias / condiciones médicas _____

Este estudiante actualmente toma estos otros medicamentos (incluidos los que no se administran en la escuela) _____

Firma del padre / tutor legal _____ Fecha: _____

Firma del estudiante (18 años o mayor) _____ Fecha: _____

Tel. de Casa # _____ Tel. de Trabajo # _____ Tel. Cel. # _____

Nombre de otra persona para llamar en caso de emergencia si el padre no está disponible:

_____ Tel. # _____