**BALTIMORE COUNTY PUBLIC SCHOOLS**

# Office of Health Services

**Consentimiento para la Administración de Medicamentos Discrecionales Aprobados e Información de Contacto de Salud**

**Apellido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento (DOB):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escuela/School:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado/Maestra (Teacher):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias (incluye todas)/ Allergies (include all): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Enumere todos los medicamentos que su hijo recibe de manera regular o según sea necesario/ List all medications your child receives on a regular or as needed basis**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Problemas de Salud**: Mi hijo(a) es atendido por un proveedor médico para las siguientes: (Marcar si aplican)

[ ]  Asma/Asthma [ ]  TDAH/ADHD [ ]  Diabetes [ ]  Migrañas/Migraines [ ]  Convulsiones/Seizures

[ ]  Otros/Other (describe) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Existe algún problema de salud que impida la participación plena en el programa escolar o en el programa de educación física? Is there a health problem that would prevent full participation in the school program or physical education program?

[ ]  No [ ]  Si/Yes Describe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me gustaría que los siguientes medicamentos estén disponibles para mi hijo (a): *(por favor marcar)*

**Para Fiebres/Dolores de Cabeza/Quemaduras/Oído/Músculos/Calambres Menstruales Para Malestar Estomacal**

[ ]  Acetaminofén/ [ ]  Ibuprofeno/ [ ]  Antiácido/

Acetaminophen *(como Tylenol)* Ibuprofen (como Advil) Chewable Antacid Tablets (*edad 12 y mayor/edad 9 para calambres menstruales)* (como Tums)

**Para Reacciones Alérgicas Leves** **Para la Tos/Dolor de Garganta** **Para Dermatitis de Pañal**

[ ]  Difenhidramina [ ]  Pastillas para la tos [ ]  Óxido de zinc

 Diphenhydramine *(como Benadryl)* Cough Drops Zinc Oxide

**[ ]  No quiero ningún medicamento dado a mi hijo(a) en escuela/ I do not want any medication given to my child in school**

**Información de Contacto/Contact Information**

Padre/Guardián 1 Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre/Guardián 2 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Guardián 1 Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre/Guardián 2 Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Guardián 1 Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre/Guardián 2 Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Guardián 1 Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre/Guardián 2 Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Guardián 1 EMAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre/Guardián 2 EMAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Guardián Dirección de Hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personas quien puedan recoger su hijo(a) de escuela aparte de los padres:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número(s) de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número(s) de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Necesita asistencia para obtener seguro médico para su hijo(a)? No** **[ ]  Si/Yes [ ]**

Entiendo que los medicamentos que he marcado anteriormente serán administrados por la Enfermera titulada/Enfermera escolar de acuerdo con los protocolos establecidos desarrollados por el Médico Jefe de Servicios de Salud Escolar para el Departamento de Salud del Condado de Baltimore y la Coordinadora de Servicios de Salud para las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore. Entiendo que se pueden utilizar equivalentes genéricos de los medicamentos. Mi firma autoriza la entrega de mi hijo/a a las personas indicadas en esta página***.***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Padre/Signature of Parent Fecha/Date**

**BALTIMORE COUNTY PUBLIC SCHOOLS BALTIMORE COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH**

**Consentimiento Anual para la Administración de Medicamentos Discrecionales Aprobados e Información de Contacto de Salud**

Estimado padre, madre o tutor:

Al reverso de esta carta encontrará un formulario que proporciona a la enfermera escolar información actualizada de su hijo(a), la lista de personas con las cuales nos debemos comunicar en caso de enfermedad o lesión y una sección para otorgar su consentimiento para que se puedan administrar a su hijo(a) ciertos medicamentos sin receta que están disponibles, sin cargo alguno, para todos los estudiantes. **Este formulario deberá completarse cada año escolar.**

El programa de medicamentos sin receta (denominados medicamentos a discreción) está diseñado para aliviar las afecciones menores y evitar la salida temprana innecesaria de la escuela. Los medicamentos cuentan con la aprobación del Jefe de Servicios de Salud Escolares del Departamento de Salud del Condado de Baltimore, y de la Coordinadora de la Oficina de Servicios de Salud de las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore.

Antes de administrar medicamentos a su hijo(a), es necesario que otorgue su consentimiento. Sólo la enfermera escolar podrá administrar estos medicamentos de conformidad con los protocolos establecidos. El formulario de consentimiento enumera los medicamentos que pueden estar disponibles. Complete el formulario y devuélvalo a la enfermera escolar.

***Los medicamentos a discreción aprobados son sólo para uso ocasional. Si su hijo(a) requiere de forma regular un medicamento recetado o sin receta, deberá obtener una orden escrita de su proveedor de atención médica y enviar a la escuela los medicamentos correspondientes.***

Si tiene alguna pregunta o desea información adicional, comuníquese con la enfermera escolar.

Atentamente,

Deborah Somerville, RN, MPH Linda Grossman, MD, FAAP

Coordinadora Jefe

Oficina de Servicios de Salud Oficina de Salud Infantil, Adolescente, Escuelas Públicas del Condado de Baltimore Reproductiva y Escolar

Departamento de Salud del Condado de Baltimore