

Barrington 220, 310 E. James Street, Barrington, IL 60010

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO(S)
EN LA EXCURSIÓN DE EDUCACIÓN AMBIENTAL PARA EL QUINTO GRADO
SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO PARA LA MISMA SOLAMENTE**

A los Padres de Familia y Apoderados:

Se ha establecido y otorgado protocolos para la administración de Acetaminophen (Tylenol), Ibuprofen (Advil), and Diphenhydramine (Benadryl) bajo supervisión de la enfermera certificada. La dosis apropiada se determinará según la edad y el peso corporal..

Nombre del Estudiante (imprimir): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Peso Corporal en libras: _____

Autorizo la administración de el (los) siguiente(es) medicamento(s) bajo la supervisión de la enfermera certificada según sea necesario, durante la excursión de educación ambiental.

Marcar todos los autorizados:

- _____ Acetaminophen (Tylenol u otra marca)
Dosis apropiada para edad y peso corporal
- _____ Ibuprofen (Advil u otra marca)
Dosis apropiada para edad y peso corporal
- _____ Diphenhydramine (Benadryl u otra marca)
Dosis apropiada para edad y peso corporal

De conformidad con la póliza establecida de medicamentos del Distrito 220, otorgo y autorizo la administración de Acetaminophen, Ibuprofen o Diphenhydramine (según anotada anteriormente) cocordando con la dosis apropiada para la edad y peso corporal de mi hijo/a. Indemnizaré y eximiré el distrito escolar, sus empleados y agentes de toda responsabilidad ante cualquier demanda que pudiera resultar por dicha administración de medicamentos a mi hijo/a, con excepción de cualquier conducta maliciosa o injustificable. Asimismo, absuelvo por completo al Community Unit School District 220, sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad u obligación relacionad.

Firma del Padres de Familia _____ Fecha _____

En caso de que se administre cualquier medicamento arriba mencionada, favor de informarme de inmediato.

de teléfono matutino _____ # de teléfono vespertino _____

Fecha	Hora	Medicamento/Dosis	Consulta	Iniciales

Iniciales y Firma de la Enfermera Certificada: _____

