

Superintendent's Office
 Mathew Gulbrandsen
 2201 Pennington Road
 Live Oak, CA 95953
 (530) 695-5400
 FAX (530) 695-5460



Board of Trustees
 Scott Davis
 Kathy L. Walker
 Talwinder Chetra
 Ernest J. Rodriguez
 Roger D. Christianson

Consentimiento para medicamentos de venta libre Año escolar 20__-20__

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
 Alergias a medicamentos _____ Grado _____

Doy permiso para que mi hijo/a _____ reciba cualquier medicamento que he indicado a continuación, con la aprobación del médico, según lo considere necesario la enfermera de la escuela o su designado. Entiendo que se pueden usar medicamentos genéricos equivalentes en lugar de medicamentos de marca más caros y que los medicamentos se deben entregar a la oficina de salud de la escuela en su *botella/tubo original*.

Nombre de Padres / Tutor : _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Firma del médico: _____ Fecha: _____

License #: _____ Número de teléfono de la oficina: _____

Medicamento (circule las opciones preferidas)	Dosis/Frecuencia	Indicación	Dr. Iniciales a continuación para "Sí, doy permiso"
Ibuprofen (Motrin/Advil) ----- Acetaminophen (Tylenol)	-----	Dolor general <i>asociado con</i> dolor de cabeza, dolor de muelas, ortodoncia, lesión, calambres menstruales, fiebre	-----
Antacid (Tums) Pepto-Bismol Maalox	Solo para niños mayores de 12 años, según la etiqueta o según las indicaciones de un médico.	Indigestión ácida, acidez estomacal, malestar o acidez estomacal. Como antiflatulento para aliviar los síntomas de gases	
Diphenhydramine (Benadryl)	Según la orden de los proveedores médicos	Reacción alérgica: urticaria, erupción cutánea, anafilaxia.	
Hydrocortisone Cream ----- Sting Relief Swab (contains .8ml medicaine, 20% Benzocaine and 1% menthol))	Según la orden de los proveedores médicos	Irritación de la piel, picazón, raspaduras y cortes menores. ----- Picazón/dolor menor asociado con mordeduras/picaduras de insectos	-----