

**ESCUELAS CATÓLICAS DE LA DIÓCESIS DE LINCOLN
DE VENTA LIBRE (OTC)
Medicamentos no incluidos en Power School**

Año escolar: 20__-20__

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Padre/Tutor _____ Teléfono de día # _____

Si se necesitan **medicamentos de venta libre** de forma regular:

- Es responsabilidad del padre/madre o tutor legal proporcionar cualquier medicamento de venta libre que necesite su hijo/a;
- El medicamento de venta libre se administrará de acuerdo con las instrucciones del fabricante, a menos que un profesional de la salud autorizado indique lo contrario por escrito. El personal escolar puede negarse a administrar medicamentos de venta libre si las instrucciones de dosificación no son claras o si la administración parece insegura.
- Todos los medicamentos proporcionados por el padre/madre o tutor legal deben estar en su envase original del fabricante, con la etiqueta intacta y no deben estar caducados;
- El personal escolar podrá notificar a los padres o tutores legales sobre los medicamentos de venta libre administrados;
- El padre/madre o tutor legal es responsable de notificar a la escuela por escrito sobre cualquier alergia relacionada con medicamentos de venta libre;

Nombre del/los medicamento(s) de venta libre: _____

Requiere su consentimiento por escrito antes de que el personal escolar le proporcione o administre medicamentos de venta libre a su hijo/a en la escuela. Al firmar a continuación, usted acepta lo siguiente:

- Reconozco y acepto los términos de este Formulario de Autorización y entiendo que mi hijo no recibirá medicamentos de venta libre por parte del personal escolar a menos que este formulario esté firmado.
- Asumo la responsabilidad última de controlar los efectos y las posibles reacciones adversas de estos medicamentos en mi hijo.
- Reconozco los riesgos asociados con la administración de medicamentos de venta libre y autorizo al personal escolar a administrar los medicamentos identificados en este formulario de acuerdo con la normativa escolar. Me comprometo a eximir de responsabilidad e indemnizar a la escuela y a sus empleados por cualquier reclamación derivada de la administración de dichos medicamentos conforme a esta autorización, salvo en caso de dolo o negligencia grave.

Firma del padre/tutor

Fecha

SOLO PARA USO ESCOLAR

Fecha de recepción : _____ Recibido por : _____
Medicación recibida : Sí / No Fecha de caducidad comprobada : Sí / No