BALTIMORE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Office of Health Services

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

Por favor, llena toda la información de salud de su hijo(a) en inglés. Please fill out all your child's health information in English.

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Fecha de Nacimiento (DOB):**_____

Escuela/School:_____ **Grado/Maestra (Grade/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)*

☐ **Acetaminofén/Acetaminophen** (como Tylenol) para fiebres/dolores de cabeza/dolores de oído/quemaduras/dolores de músculos/dolores/calambres menstruales

☐ **Antiácido/Chewable Antacid Tablets** (como Tums) para malestar estomacal

☐ **Pastillas para la tos/Cough Drops** para la tos/dolor de garganta

☐ **Difenhidramina/Diphenhydramine** (como Benadryl) para reacciones alérgicas leves

☐ **Ibuprofeno/Ibuprofen** (como Advil) para fiebres/dolores de cabeza/dolores de oído/quemaduras/dolores de músculos/dolores en estudiante de 12 años y mayor o para calambres menstruales en estudiantes de 9 años y mayor

☐ **Óxido de zinc/Zinc Oxide** para dermatitis de pañal

☐ **No quiero ningún medicamento dado a mi hijo(a) en escuela/I do not want any medication given to my child in school.** Nota: La epinefrina y la naloxona son medicamentos abastecidos en la enfermería de la escuela y se administrarán a los estudiantes en caso de una emergencia, si es necesario. Note: Epinephrine and Naloxone are stock medications and will be administered to student in an emergency if needed.

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

BEBCO 0881-20A