



Boston Renaissance Charter School

Consentimiento para administrar medicamentos de venta libre en la escuela

Para poder administrar medicamentos de venta libre a su hijo(s) durante el horario escolar, este formulario debe ser completado por el padre/tutor. Complete y devuélvalo a la enfermera de la escuela de su hijo.

Nombre del niño: _____ Grado en septiembre: _____

Información de padres/tutores

Padre/tutor: _____ Padre/tutor: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Consentimiento de los padres/tutores

La enfermera de la escuela tiene mi permiso para usar los siguientes medicamentos de venta libre:

Escriba sus iniciales en cada medicamento dando su permiso

- ___ Bacitracin
- ___ Caladryl
- ___ Hydrocortisone 1% Ungüento
- ___ Vaseline
- ___ Aquaphor
- ___ Lubriderm
- ___ Eucerin

Tenga en cuenta que lo anterior Los medicamentos tópicos de venta libre pueden ser administrados por el personal de la oficina de salud y son supervisados por la enfermera de la escuela.

Firma del padre/tutor Nombre en letra de imprenta del padre/tutor Fecha