



**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