Programa Residencial y

The Marie Philip School

at The Learning Center for the Deaf

**2018-2019**

**Autorización para la Administración de Medicamentos de Venta Libre**

Nombre del alumno: Fecha de nacimiento:

Apellido, nombre de pila, segundo nombre

Se administrarán a su hijo los siguientes medicamentos de venta libre en caso de necesidad, con la autorización del padre o tutor y la orden del médico.

Autorizo a que mi hijo reciba los medicamentos que se enumeran a continuación durante el año escolar. **NO** autorizo a que administren a mi hijo todos los medicamentos o cremas que se detallan a continuación con **NO**:

**TYLENOL** Sí **❑** No **❑**

**ROBITUSSIN** Sí **❑** No **❑**

**BACITRACIN POMADA** Sí **❑** No **❑**

**TUMS** Sí **❑** No **❑**

**BLOQUEADOR SOLAR** Sí **❑** No **❑**

**ADVIL** Sí **❑** No **❑**

**COMPRIMIDOS PARA LA TOS** Sí **❑** No **❑**

**UNGÜENTO MUSCULAR (por ejemplo, Bengay)** Sí **❑** No **❑**

**CREMA CON HIDROCORTISONA** Sí **❑** No **❑**

Indique todo otro medicamento de venta libre que pueda necesitar su hijo:

Firma del padre o tutor: Fecha:

Firma del alumno (si tiene 18 años o más): Fecha:

The Marie Philip School

at The Learning Center for the Deaf