

Form JGCD-7

*Empowering Dreams for the Future*

**Servicios de Salud**

**FORMULARIO DE PERMISO PARA MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA**

(Authorization to Carry Over-the-Counter Medication)

Los estudiantes de la escuela media y secundaria (Middle y High School) (grados 6-12) pueden llevar consigo ciertos medicamentos sin receta médica: Tylenol, acetaminophen, Motrín, Advil, ibuprofen, Midol, aspirina, y antiácidos. Los estudiantes en todos los niveles pueden tener en su posesión pastillas para la tos y garganta. Todo medicamento con prescripción médica, medicamento para la tos y resfriado, antihistamínicos y medicamentos sin receta médica que no se hayan mencionado mas arriba deben de mantenerse en la clínica de la escuela (excepto pastillas para la tos y garganta conocidas como lozenges). El estudiante y el padre serán responsables de lo siguiente:

1. De obtener, leer y firmar este formulario de permiso antes que se le permita al estudiante llevar consigo el medicamento.
2. El medicamento debe estar en su envase original y claramente etiquetado con el nombre completo del estudiante.
3. No se permite que el estudiante le administre a otros estudiantes su medicamento.
4. La enfermera de la escuela tiene archivado en la clínica copia de este formulario de permiso, debidamente firmado, y el estudiante lleva consigo copia del formulario firmado junto con su medicamento.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha: |  | Estudiante: |  |

(Date) (Student)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Medicamento: |  |

(Name of medication)

**Por el presente testamento yo renuncio y absuelvo y además estoy de acuerdo en indemnizar, eximir de responsabilidad o rembolsar a la Junta Educativa del Condado de Cobb, al Distrito Escolar del Condado de Cobb, sus empleados, agentes, representantes, y todos los demás oficiales, de cualquier y toda reclamación, acción, demanda, pérdida, costos, gastos y responsabilidad en caso de un accidente o cualquier otro percance debido a negligencia en la administración de dicho medicamento o por motivo de efectos secundarios, enfermedad o cualquier otra lesión o herida que pueda ocurrirle a mi hijo(a) mediante la administración de dicho medicamento. Y por el presente testamento yo relevo a la junta antes mencionada, al distrito, sus empleados y oficiales de cualquier responsabilidad, demanda o reclamación de cualquier naturaleza o tipo, que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con esta solicitud. Yo acepto la responsabilidad legal de mi hijo(a) si el medicamento arriba descrito se pierde, es administrado o ingerido por otra persona que no sea el estudiante arriba nombrado. En caso que esto suceda el privilegio de llevar medicamento consigo será revocado. Además, yo relevo al Distrito Escolar del Condado de Cobb y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal cuando el susodicho estudiante se administre su medicamento.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Firma del Padre o Madre/Tutor (Signature of Parent/Guardian)

**Yo comprendo que cantidad y cuando debo tomar el susodicho medicamento. No permitiré bajo ninguna circunstancia que otro estudiante use mi medicamento. También entiendo que si otro estudiante usa mi medicamento, perderé el privilegio de llevar el medicamento conmigo y estaré sujeto a las consecuencias estipuladas en el código de conducta.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Firma del Estudiante (Signature of Student)

**He visto el envase etiquetado del susodicho medicamento y tengo copia del esta hoja de permiso.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha (Date) Firma de Enfermero(a) Autorizado(a) por la Escuela (Signature of School Nurse)

Translated into Spanish by I.W.C – ACH 12/20/05