**Rowan-Salisbury School System**

**Formulario de Permiso para Padres**

**para la Auto-administración de Medicamentos sin Receta en la Escuela**

**Solo para Estudiantes de Escuela Media y Superior**

**Los estudiantes de Escuela Media y Superior** pueden tener y auto-administrarse medicamentos sin receta siguiendo las siguientes normas. A los estudiantes de las Escuelas Elementales no se les permite tener, medicamentos sin receta.

A. El estudiante debe tener un formulario de permiso de los padres completado y archivado en la escuela.

B. El medicamento debe estar en el envase original con la recomendación del fabricante para la administración y el nombre del estudiante escrito claramente en el envase.

C. El estudiante puede llevar el suministro del medicamento para UN día. Por ejemplo, la dosis recomendada por el fabricante establece tomar dos pastillas cada cuatro horas. El estudiante está en la escuela por 8 horas. El estudiante puede llevar 4 pastillas.

D. El estudiante no tiene permitido compartir el medicamento con otros estudiantes.

E. Los estudiantes no pueden tener ni auto-administrarse medicamentos sin receta o del tipo de medicamentos que se mantiene detrás del mostrador en la farmacia y solo pueden ser comprado después de estar autorizados por la firma de un adulto. (es decir, Sudafed o cualquier marca que contenga pseudoefedrina, algunas medicinas líquidas para la tos, etc.).

El Sistema Escolar de Rowan Salisbury no es responsable de ningún estudiante que se auto-administre medicinas.

Los estudiantes que poseen medicamentos sin recetas fuera de estas normas serán disciplinados de acuerdo con la política de medicamentos de RSS.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (No puede exceder la dosis recomendada)

Tiempo para dar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**He leído lo anterior y acepto los términos en los cuales el estudiante nombrado arriba puede auto-administrarse su medicamento sin receta.**

**Firma del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**