

**OUR COMMUNITY SCHOOL
ORDEN PARA MEDICINA SIN RECETA**

Nombre: _____ Edad: _____ Alergias: _____

Doy autoización al personal de Our community School para que administre la siguiente **medicina sin receta medica** a mi hijo, cuando sea nesecario.

<input type="checkbox"/> Acetaminophen (i.e. Tylenol)	<input type="checkbox"/> Calamine Lotion
<input type="checkbox"/> Ibuprofen (i.e. Advil)	<input type="checkbox"/> Descongestionante
<input type="checkbox"/> Jarabe para la tos	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pastillas para la garganta (dulces)	<input type="checkbox"/> Otro: _____

NOTA: Toda medicina sin receta tiene que ser entregada a la oficina con el nombre del niño/a marcado en la botella o frasco, por favor revise la fecha de expiración y la edad que sea recomendado. La escuela no va exeder la dosis recomendada y tampoco la administrara si la edad para quienes se recomienda no concuerda con la edad del niño/a.

Firma del padre o tutor

Fecha

**OUR COMMUNITY SCHOOL
ORDEN PARA MEDICINA CON RECETA MEDICA**

Nombre: _____ Edad: _____ Alergias: _____

Doy autorización al personal de Our Community School para que administre la siguiente **medicina con receta medica**, a mi hijo al tiempo designado.

Medicina: _____ Diosis: _____ Hora: _____

Nesecita refrigeraciñ: Si No

Por favor administre la medicina:

De _____ Hasta _____ Hasta que se termine _____ Solo hoy _____

NOTA: La medicina con receta medica nesecita tener el nombre del niño/a al que se la receten. La escuela solo la administrará dentro del tiempo que la etiqueta del frasco especifique.

Firma del padre o tutor

Fecha