

# MIFFLIN COUNTY SCHOOL DISTRICT

201 Eighth Street - Highland Park  
Lewistown, Pensilvania 17044

TELÉFONO (717) 248-0148

FAX (717) 248-5345

Vance S. Varner, Superintendente

Clint N. Aurand, Director de Operaciones

Steven F. DeArment, Director Académico

Melinda K. Kenepp, Directora Financiera

Padres:

La siguiente lista de medicamentos sin receta y materiales de primeros auxilios se puede entregar a su hijo para quejas y / o dolencias menores mientras está en la escuela. La administración de estos artículos está destinada únicamente a primeros auxilios y no se dispensa indiscriminadamente. Cuando a un estudiante se le administra uno de los medicamentos enumerados a continuación durante el horario escolar, la enfermera de la escuela de su hijo le notificará según lo considere necesario.

**Hay padres que pueden no desear que algunos o todos estos artículos se les den a sus hijos.**

**Por favor, RODEE Sí o No para CADA medicamento.**

SÍ / NO #1 - TYLENOL (dosis apropiada para la edad/peso -masticable disponible)

SÍ / NO #2 - AEROSOL CLORASÉPTICO (para dolor de garganta, ampollas febriles, molestias en las encías)

SÍ / NO #3 - BACTINE SPRAY (para cortes menores o abrasiones)

SÍ / NO #4 - UNGÜENTO ANTIBIÓTICO BACITRACINA (aplicar localmente cuando sea necesario)

SÍ / NO #5 - LOCIÓN DE CALAMINA O ZIRADRYL (aplicar localmente para la hiedra venenosa/urticaria)

SÍ / NO #6 - HISOPO DE PICADURA-MUERTE (para ser utilizado en picaduras de insectos)

SÍ / NO #7 - SOLUCIÓN IRRIGANTE PARA OJOS DACRIOSA (para el polvo en el ojo, etc.)

SÍ / NO #8 - PASTILLAS PARA LA TOS MENTHOLYPTUS (para la tos y la congestión nasal)

SÍ / NO #9 - BENADRYL (para reacciones alérgicas)

SÍ / NO #10 - TUMS (malestar estomacal)

SÍ / NO #11 - ANBESOL CON BENZOCAÍNA 20% (para irritación de boca y encías)

SÍ / NO #12 - BURN GEL (para quemaduras)

SÍ / NO #13 - IBUPROFENO (dosis apropiada para la edad/peso – líquido disponible)

SÍ / NO #14 – ALOE (ayuda a reducir el dolor, el enrojecimiento y la inflamación de la piel quemada por el sol).  
La disponibilidad varía según el consultorio de la enfermera.

**La enfermera de la escuela o el funcionario escolar designado tiene mi permiso para dispensar este medicamento a mi hijo. Como padres / tutores del niño nombrado a continuación, yo / nosotros liberamos al Distrito Escolar del Condado de Mifflin y sus empleados, o agentes, de toda responsabilidad por cualquier lesión que mi hijo pueda sufrir como resultado de esta solicitud.**

\_\_\_\_\_  
(Nombre del estudiante) (Escuela) (Grado)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor) (Fecha)