



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA
 PROVEEDORES AÑO ESCOLAR: 26'-27'

Estudiante: _____

DOB: _____

Tylenol (acetaminofén)	<input type="radio"/> Jaqueca <input type="radio"/> Cólicos menstruales <input type="radio"/> Dolor musculoesquelético <input type="radio"/> Dolor de muelas <input type="radio"/> Medicamento antifebril * se administra antes de que el estudiante se vaya a casa <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> 500 mg <input type="radio"/> 1,000 mg	<input type="radio"/> Oral	<input type="radio"/> Cada 4-6 horas, según sea necesario para los síntomas asociados
Ibuprofeno	<input type="radio"/> Jaqueca <input type="radio"/> Cólicos menstruales <input type="radio"/> Dolor musculoesquelético <input type="radio"/> Dolor de muelas <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> 200 mg <input type="radio"/> 400 mg <input type="radio"/> 600 mg <input type="radio"/> 800 mg	<input type="radio"/> Oral	<input type="radio"/> Cada 4-6 horas, según sea necesario para los síntomas asociados
Benadryl	<input type="radio"/> Alivio de alergias	<input type="radio"/> 25 mg	<input type="radio"/> Oral	<input type="radio"/> Cada 4-6 horas, según sea necesario para los síntomas asociados

Los padres o tutores abajo firmantes acuerdan por la presente liberar a Colorado Early Colleges Aurora y a su personal de todas las reclamaciones que ahora tienen o que puedan tener en el futuro que surjan de la liberación del medicamento al estudiante.

Healthcare Provider Signature: _____

Date: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

School Nurse Signature: _____

Date: _____