



Escuela: \_\_\_\_\_ Líder: \_\_\_\_\_  
 Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Pesa: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Los medicamentos sin recetas siguientes están disponibles en el centro de salud. Estas medicamentos se pueden administrar en la discreción de una enfermera registrada por instrucciones de la etiqueta por edad y el peso solamente si la firma del padre y del médico se documenta abajo. Nota: Todas las medicaciones se deben enviar en el empaquetado original.

Nombre de la droga genérica	Método	Schedule and Indications	Provider Order
Acetaminophen (Tylenol)	Por la boca (elixir or tabs)	Q 4h as needed for pain or fever>____-F	Sí o No
Ibuprofen (Motrin)	Por la boca (elixir or tabs)	Q 6h as needed for pain or fever>____-F	Sí o No
Phenylephrine HCl (Sudafed)	Por la boca (tabs)	Q 4h nasal congestion *not more than 4 doses in 24 hours	Sí o No
Cough drops	Por la boca (lozenges)	Q 2h as needed for sore throat	Sí o No
Guaifenesin (Robitussin)	Por la boca (syrup)	Q 4h for cough	Sí o No
Dramamine (Dimenhydrinate)	Por la boca (tablets) 50mg	Q 6h motion sickness	Sí o No
Benadryl (Diphenhydramine)	Por la boca (elixir, tabs or pills)	Q 6h as needed for allergic reaction, hives, insect bites	Sí o No
Claritin (Loratadine)	Por la boca (tablets) 10mg	Daily PRN allergy symptoms	Sí o No
Zyrtec (Cetirizine HCl)	Por la boca (tablets) 10mg	Daily PRN allergy symptoms	Sí o No
Allegra (Fexofenadine)	Por la boca (tablets) 180mg	Daily PRN allergy symptoms	Sí o No
Tums (Calcium Carbonate)	Por la boca (tablets) 840mg	Every 2h PRN acid indigestions	Sí o No
Imodium	Por la boca (tabs or capsules)	After loose stools	Sí o No
Lactaid (Lactase)	Por la boca (caplets)	With first bite of dairy	Sí o No
Maalox	Por la boca (suspension) 10mL	Every 4h PRN upset stomach	Sí o No
Sunblock or sunscreen	Apply topically	30 minutes prior to sun exposure	Sí o No
Bacitracin Zinc 1%	Apply topically	Q 4 h for signs of irritation to skin	Sí o No
Hydrocortisone Cream 1%	Apply topically	Q4 h for itch	Sí o No
Insect Repellent	Apply topically	Per label instructions	Sí o No
Antifungal Cream	Apply topically	Apply twice daily to soothe itching	Sí o No
Calamine Lotion	Apply topically	As needed PRN itching	Sí o No

**Médico**

Por Favor, documente abajo el régimen actual de la medicación para medicaciones programadas y "como necesarias" recibidas rutinario por el menor de edad arriba conocido.

Medicamentos recetados	Método	Dosis	Horario *Sea específico *: ex: (qam,qhs,bid, tid qid,)	Comentarios

**Permiso para llevar la medicación. [Bloque de sol, inhaladoras de rescate, y epi-pens]**

Pedimos que permitan el estudiante nombrado arriba para llevar uno o todo de la siguiente:

**(Por favor, marca todos que aplique e indique el pedido del doctor arriba)**

Bloque de sol \_\_\_\_\_ Epi-pen \_\_\_\_\_ Albuterol Inhaler \_\_\_\_\_ Proventil Inhaler \_\_\_\_\_ Insulin Pump Pens \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

Permitirán al menor de edad indicado para llevar siempre los artículos/las medicaciones arriba. Los padres y el médico lo ha dado instrucciones y el/ella reconoce la comprensión apropiada del propósito, de la frecuencia y del método apropiado de uso de estos artículos. Como se lo considero responsable, no detendré empleados del YMCA responsables de ningunos problemas o cuestiones que puedan presentarse con respecta a la autoadministración de mi niño de estos artículos/medicaciones.

**DEBE TENER LAS FIRMAS SIGUIENTES O NINGUNO DE ARRIBA CONOCIDO SOBRE LAS MEDICACIONES CONTRARIAS, LAS MEDICACIONES PRESCRITAS O UNO MISMO LLEVA MEDICACIONES SERÁ ADMINISTRADO EN EL CAMPO**

Firma de Médico: \_\_\_\_\_  
 Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Firma de Padre/Guarda: \_\_\_\_\_