

JORGE O. ELORZA
Mayor

CHRISTOPHER N. MAHER
Superintendent



Providence Public School District
Health Office
182 Thurbers Avenue
Providence, RI 02905
tel. 401.456-9317
Fax 401. 456-0662
www.providenceschools.org

STANDING ORDERS (rev. 7-16)

Estimado (a) Padre/Madre/Encargado (a):

En caso de que su hijo/a se queje de una dolencia menor (por ejemplo dolor de cabeza, dolor de estomago, tos o sintomas de resfrio, garganta irritada, calamabres menstruales u otras molestias memores) durante las horas escolares, hay una lista de medicamentos **“no recetados”** que le pueden ser administrados por al Enfermera Escolar.

Por favor, marque todos los medicamentos que a usted le gustaria que su hijo/a reciba, en caso de una dolencia menor:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Benadryl (anafilaxis solamente) | <input type="checkbox"/> Tylenol (dolor de cabeza, molestias) |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofen (dolor de cabeza, molestias) | <input type="checkbox"/> Anbesol (dolor de muela) |
| <input type="checkbox"/> Chloroseptic (spray de garganta) | <input type="checkbox"/> Pepto-Bismol (diarrea – dolor de estomago) |
| <input type="checkbox"/> Robitussin DM | <input type="checkbox"/> Tums (para dolor de estomago, nausea) |
| <input type="checkbox"/> Visine (gotas para los ojos) | <input type="checkbox"/> Hydrocortisone Crema 1% |

Nombre del/de la niño/a _____

Teléfono _____

Escuela Nathanael Greene Middle School

Allergies: _____

Problemas medicos: _____

Medicinas que usa: _____

Otra informacion relacionada con su hijo/a, que a usted le gustaria que la Enfermera supiera:

SI, administren **“medicinas sin receta”** a mi hijo/a, si es necesario durante horas escolares.

NO, no autorizo **“medicinas sin receta” para mi hijo/a durante horas escolares.**

Firma de Padre/Madre/Encargado(a)

Fecha

Atentamente,

Anthony J. Alario, MD
Medico

SI, puede compartir esta informacion con profesores

No, puede compartir esta informacion con profesores. Mantengala confidencial.