

Dolphin's Academy School

Web: www.dolphinsacademy.com / Fb: Dolphins Academy School / Instagram: dolphins.academy

E-mail: info@dolphinsacademy.com / Tel: 2670-1064 2670-0682 / WhatsApp: 8920-9095

Dirección: MEP- DRE- Santa Cruz, Circuito 06 - Playas del Coco, Carrillo, Guanacaste, Costa Rica.

Autorización para el Suministro de Medicamentos en Horario Lectivo

Authorization for the Supply of Medications during school hours

Nombre del estudiante: _____ Año Escolar: _____

Student Name

School Year

Edad: _____, Número de Póliza _____

Age

Insurance#

Peso: _____ kg Talla: _____ m. Tipo de sangre: RH _____

Weight

Tall

Blood Type

Alergia a algún medicamento y/o alimento: _____

Food or Medicine allergies:

Tiene sus vacunas al día: SI NO Cuál le hace falta: _____

All vaccines up to date:

Yes

No

What is missing:

¿Ha tenido COVID-19?: SI NO Ha sido Vacunado contra el COVID-19: SI NO Dosis# _____

Your child had COVID-19?

Yes

No

He or She has been vaccinated against COVID-19.

Yes.

No

#Dose

Presenta síntomas como: Dolor de estómago, náuseas, pérdida de olfato y/o gusto, fiebre, dolor de cuerpo y/o

Currently, does your child have symptoms such as: Stomach pain, nausea, loss of smell and/or taste, fever, body aches and/or

cabeza, dificultades para respirar, dolor en el pecho: SI NO Especifique: _____

headaches, breathing difficulties, chest pain?

Yes.

No.

Specify:

Alguna condición médica relevante a tomar en cuenta: _____

Any relevant medical condition to take in consideration:

Medicamentos autorizados para administrar a estudiantes:

Medications authorized from parents. to be administered to students:

<input type="checkbox"/> Acetaminofén para niños (panadol) Acetaminophen for children (panadol)	<input type="checkbox"/> Crema de rosas (tópica) Rose cream (topical)
<input type="checkbox"/> Acetaminofén para adultos acetaminophen for adults	<input type="checkbox"/> Voltaren Gel Voltaren Gel
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno Ibuprofen	<input type="checkbox"/> Betametasona (tópica) Betamethasone (topical)
<input type="checkbox"/> Aspirina Aspirin	<input type="checkbox"/> Soluciones antibióticas o antisépticas (tópica) Antibiotic or antiseptic solutions (topical)
<input type="checkbox"/> Peptobismol Pepto Bismol	<input type="checkbox"/> Aceites esenciales lavanda lavender essential oils
<input type="checkbox"/> Gravol (niños o adultos) Gravol (children or adults)	<input type="checkbox"/> Aceites esenciales menta peppermint essential oils
<input type="checkbox"/> Antihistamínicos Antihistamines	<input type="checkbox"/> Té de Juanilama Juanilama Tea
<input type="checkbox"/> Decatileno Decatylene	<input type="checkbox"/> Té de zacate limón con gengibre Lemon grass tea with ginger
<input type="checkbox"/> Suero (electrolitos) Serum (electrolytes)	<input type="checkbox"/> Té de canela Cinnamon tea
<input type="checkbox"/> Dorival Dorival	<input type="checkbox"/> Otros _____ Others

Yo, _____, parentesco: _____, autorizo a la institución educativa a

administrar los medicamentos marcados anteriormente, solamente en momentos estrictamente necesarios a mi hijo(a)

administer the medications marked above, only at times strictly necessary to my child during school hours.

durante las horas lectivas.

Firma del padre o madre de familia

Signature of Guardians or Parents

Número de Cédula

ID Number

Fecha

Date