

**Formulario de Consentimiento para Medicamentos con y sin Receta
 2025 Academia de Liderazgo para Migrantes en SUNY Oneonta (SOMLA)**

Si su hijo(a) necesita algún tipo de medicamento mientras este en SOMLA, necesitamos su consentimiento para la distribución de medicamentos y el uso de dispositivos médicos.

Para medicamentos con receta, también necesitamos información adicional del médico que le dio la receta.

¿Su hijo/a necesitará medicamentos con receta mientras este en SOMLA? (Incluyendo EpiPens e inhaladores)

Si	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "sí," <ol style="list-style-type: none"> 1. Solicite al médico de su hijo/a que complete la página 2. Entregue el formulario completado junto con los demás documentos para aplicar en SOMLA. 2. Favor informar al staff de SOMLA sobre la presencia de EpiPens, inhaladores u otros medicamentos. 3. Si los estudiantes no traen consigo medicamentos recetados al llegar a SOMLA, no se les permitirá quedarse. Nota importante: Los medicamentos recetados deben traerse en sus envases originales con la etiqueta de la farmacia e instrucciones específicas de uso (nombre del niño/a, numero de pastillas, profesional que los recetó, nombre de la farmacia, nombre y dirección de la farmacia, iniciales del dispensador y número de serie. 4. Su hijo/a se auto-administrará el medicamento. Si necesita ayuda de los servicios de salud de SOMLA, descríbala aquí:
No	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "no", su hijo no debe tener ningún medicamento en posición mientras este en SOMLA. Solo necesita completar y firmar esta página.

¿Su hijo necesitará medicamentos de venta libre mientras este en SOMLA?

Si	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "sí", autorizo a mi hija/o a auto-administrarse cualquiera de los medicamentos sin receta médica que se indican a continuación, en coordinación con los servicios de salud de SOMLA.
No	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "no," el staff de SOMLA lo llamaran si su hijo/a esta enfermo/a. En ese momento, usted puede autorizar verbalmente que su hijo/a tome cualquiera de los medicamentos sin receta que se indican a continuación, en coordinación, en coordinación con los servicios de salud de SOMLA.

Lista de medicamentos sin receta:

- Benadryl
- Claritin
- Midol
- Advil
- Pepto-Bismol
- Si cree que su hijo/a necesitara otro medicamento sin receta, escríbalo aquí:
- Tylenol
- Dimetapp
- Excedrin
- Cortaid

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo estipulado en este documento con respecto a la administración de medicamentos con o sin receta mientras mi hijo/a participa en SOMLA.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

Teléfono del Padre/Madre/Guardián: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____

Fecha: _____

Medicamentos con Receta

Este formulario debe ser completado por el médico que le dio la receta.

Hello physician,

Your patient has been nominated to participate in the 2025 SUNY Oneonta Migrant Leadership Academy (SOMLA) from July 13, 2025, through July 18, 2025. As such, our health services team requests your assistance, using this form, if your patient must take prescription medication during SOMLA.

Patient Name: _____

Patient Date of Birth: _____

Medication #1

Name of prescription medication:	
General condition for which the medication is prescribed:	
Does the medication require refrigeration?	<input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No
Is there any other information that you think would be helpful for us to understand, in case of emergency, reactivity with other drugs, or otherwise?	

Medication #2

Name of prescription medication:	
General condition for which the medication is prescribed:	
Does the medication require refrigeration?	<input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No
Is there any other information that you think would be helpful for us to understand, in case of emergency, reactivity with other drugs, or otherwise?	

Does your patient require an EpiPen during SOMLA? Yes or No

If "Yes," what is the reason the student requires an EpiPen? _____

Is the patient prescribed by a doctor to self-administer the EpiPen? Yes or No

If "Yes," was a prescription provided? Yes or No

Prescribing Physician's Information

Physician's Name: _____

Office Contact Phone Number: _____

Physician's Signature: _____