



Over the Counter Products Parent/Guardian Authorization Form

Dear Parent/Guardian,

The products listed below have been approved by the Orange Unified School District to be administered to students during the school day. Please complete this form if you authorize the school nurse or other designated unlicensed personnel to administer these products to your child during the school day. **Please check the appropriate box below to indicate your permission** for the listed product to be administered to your child.

Yes	No	Medication	Yes	No	Medication
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alcohol, Isopropyl (clean/disinfect)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eye Wash (flush eye)*
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hydrogen Peroxide 3% (antiseptic)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Petroleum Jelly (lubrication)*
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antibacterial Ointment/Cream* (minor cuts/scrapes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Non-Medicated Throat Lozenges/Hard Candy (throat irritation)**
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bee Sting Swabs/Wipes (itch/pain relief)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Non-Mediated Lip Balm (chapping)**
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eucerin/Lubriderm (rehydrating dry skin)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Contact Lens/Saline Solution (rinsing lenses)**
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Salt Water Gargle (minor sore throat)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dental Wax (relieves oral irritation)**

* To be supplied by school

** To be supplied by parent

Student Name:	Grade:	Student Date Of Birth:
<i>I request that my child (named above) be assisted by authorized persons in the administration of the above listed Over the Counter products in compliance with established policies and procedures.</i>		
Parent/Guardian Signature	Contact Phone	Date

Medicamentos Sin Receta Formulario de Autorización de Padres/Tutores

Estimado Padres/Tutores,

Los siguientes productos han sido aprobados por el Distrito Escolar Unificado de Orange para poder ser administrados a los estudiantes durante el horario escolar. Complete este formulario para autorizar a la enfermera u otro personal escolar designado para administrar estos productos a su hijo/a durante horas escolares. Favor de seleccionar la casilla apropiada para otorgar su permiso de administrar a su hijo/a el producto indicado.

Si	No	Medicamento	Si	No	Medicamento
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alcohol Isopropílico (limpiar/desinfectar)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Solución Para el Lavado de Ojos (irrigar el ojo)*
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Peróxido de hidrógeno 3% (antiséptico)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vaselina (lubricación/humectante)*
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ungüento antibacterial * (cortadas leves/raspaduras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pastillas para la garganta sin receta/dulce duro (irritación de la garganta)**
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toallitas para la picadura de abeja (alivio para la comezón o el dolor)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pomada sin receta para humectar los labios partidos **
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eucerin/Lubriderm (humectante para la piel seca/crema corporal)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Solución salina para lentes de contacto (enjuague para pupilentes)**
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Agua salada para hacer gárgaras (leve dolor de garganta)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cera dental (alivia la irritación oral)**

* **Proveído por la escuela**

** **Proveído por los padres**

Nombre del Estudiante:	Grado:	Fecha de Nacimiento:
<i>Yo pido que a mi hijo/a previamente mencionado/a, se le administren los medicamentos sin receta mencionados anteriormente por una persona autorizada, de acuerdo con lo establecido por las pólizas y procedimientos.</i>		
Firma del Padre/Tutor	Teléfono de contacto	Fecha