

OVER-THE-COUNTER MEDICATION RECORD [REGISTRO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE]

School Year _____/_____

Student Name [Nombre del/la estudiante] _____ Grade [Grado] _____

In case of minor injury or illness during the school day, I authorize the school nurse to be my agent to give my child the age-appropriate dosage as directed on the packaging of over-the-counter medication indicated below. I understand that alternate methods of care will be used before medication is given (i.e., eating lunch, resting, etc.).

En caso de una lesión leve o enfermedad menor durante horas de clase, autorizo a la enfermera escolar para suministrar a mi hijo/a la dosis apropiada para su edad, indicada en el envase del medicamento de venta libre mencionado más adelante. Entiendo que se usarán métodos alternos de cuidado, antes de suministrar el medicamento (p. ej: comer su almuerzo, descansar, etc.).

I further understand that if my child needs other medication(s) for an extended period of time or for a chronic health condition, I must supply the medication(s) in its original pharmacy container and complete a separate medication permission form for each medication. También entiendo que si mi hijo/a necesita otro(s) medicamento(s) por un período largo de tiempo o para una enfermedad crónica, yo debo proporcionar el(los) medicamento(s) en su recipiente original de la farmacia y llenar un formulario de permiso para cada medicamento.

I agree to, and do hereby hold the district and its employees harmless from any and all claims, demands, causes of actions, liability, or loss of any sort, because of or arising out of acts or omissions with respect to this medication. Estoy de acuerdo en que el distrito escolar y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción legal, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento.

Administration of any of the following medications is at the professional discretion of the school nurse and may only be administered by the school nurse or a qualified substitute nurse. El suministro de cualquiera de los medicamentos siguientes se hará de acuerdo al criterio profesional de la enfermera escolar y solamente será suministrado por ella o una enfermera suplente titulada.

PLEASE CHECK THE MEDICATIONS* YOU ARE AUTHORIZING FOR ADMINISTRATION
MARQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE AUTORICE PARA SER SUMINISTRADOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tylenol® (Acetaminophen), Adult 500mg tablet
Tylenol® (Acetaminophen), tableta de 500mg-adultos | <input type="checkbox"/> Motrin® (Ibuprofen) Oral Suspension, 100mg/5cc (5cc = 1 tsp)
Motrin® (Ibuprofen) suspensión oral, 100mg/5cc (5cc = 1 cdita) |
| <input type="checkbox"/> Tylenol® (Acetaminophen), Adult 325mg tablet
Tylenol® (Acetaminophen), tableta de 325mg-adultos | <input type="checkbox"/> Benadryl® (Diphenhydramine), Adults and children age 12 and over, 25mg tablet
Benadryl® (Diphenhydramine), tableta de 25mg-adultos y niños de 12 años y mayores |
| <input type="checkbox"/> Tylenol® (Acetaminophen), Children's chewable 80mg tablet
Tylenol® (Acetaminophen), tableta de masticar de 80mg-niños | <input type="checkbox"/> Benadryl® (Diphenhydramine) Liquid, Children age 6-12 years, 12.5mg/5cc (5cc = 1 tsp)
Benadryl® (Diphenhydramine) líquido, 12.5mg/5cc (5cc = 1 cdita) - niños de 6 a 12 años |
| <input type="checkbox"/> Motrin®/Advil® (Ibuprofen), 200mg tablet
Motrin®/Advil® (Ibuprofen), tableta de 200mg | <input type="checkbox"/> Tums® (Calcium Carbonate), 500mg tablet (Middle/High School use only)
Tums® (Calcium Carbonate), tabletas de 500mg (solamente para alumnos de escuelas intermedias y secundarias) |

* Medication supplied by parent/guardian must be in its original prepackaged container.

* Los medicamentos que proporcionen los padres o tutores legales, deberán estar en su envase de empaque original.

Signature of Parent/Guardian [Firma de un padre de familia o tutor legal] _____ Date [Fecha] _____

ISE-HS-003-05/09

Paradise Valley Unified School District

OVER-THE-COUNTER MEDICATION RECORD [REGISTRO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE]

School Year _____/_____

Student Name [Nombre del/la estudiante] _____ Grade [Grado] _____

In case of minor injury or illness during the school day, I authorize the school nurse to be my agent to give my child the age-appropriate dosage as directed on the packaging of over-the-counter medication indicated below. I understand that alternate methods of care will be used before medication is given (i.e., eating lunch, resting, etc.).

En caso de una lesión leve o enfermedad menor durante horas de clase, autorizo a la enfermera escolar para suministrar a mi hijo/a la dosis apropiada para su edad, indicada en el envase del medicamento de venta libre mencionado más adelante. Entiendo que se usarán métodos alternos de cuidado, antes de suministrar el medicamento (p. ej: comer su almuerzo, descansar, etc.).

I further understand that if my child needs other medication(s) for an extended period of time or for a chronic health condition, I must supply the medication(s) in its original pharmacy container and complete a separate medication permission form for each medication. También entiendo que si mi hijo/a necesita otro(s) medicamento(s) por un período largo de tiempo o para una enfermedad crónica, yo debo proporcionar el(los) medicamento(s) en su recipiente original de la farmacia y llenar un formulario de permiso para cada medicamento.

I agree to, and do hereby hold the district and its employees harmless from any and all claims, demands, causes of actions, liability, or loss of any sort, because of or arising out of acts or omissions with respect to this medication. Estoy de acuerdo en que el distrito escolar y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción legal, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento.

Administration of any of the following medications is at the professional discretion of the school nurse and may only be administered by the school nurse or a qualified substitute nurse. El suministro de cualquiera de los medicamentos siguientes se hará de acuerdo al criterio profesional de la enfermera escolar y solamente será suministrado por ella o una enfermera suplente titulada.

PLEASE CHECK THE MEDICATIONS* YOU ARE AUTHORIZING FOR ADMINISTRATION
MARQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE AUTORICE PARA SER SUMINISTRADOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tylenol® (Acetaminophen), Adult 500mg tablet
Tylenol® (Acetaminophen), tableta de 500mg-adultos | <input type="checkbox"/> Motrin® (Ibuprofen) Oral Suspension, 100mg/5cc (5cc = 1 tsp)
Motrin® (Ibuprofen) suspensión oral, 100mg/5cc (5cc = 1 cdita) |
| <input type="checkbox"/> Tylenol® (Acetaminophen), Adult 325mg tablet
Tylenol® (Acetaminophen), tableta de 325mg-adultos | <input type="checkbox"/> Benadryl® (Diphenhydramine), Adults and children age 12 and over, 25mg tablet
Benadryl® (Diphenhydramine), tableta de 25mg-adultos y niños de 12 años y mayores |
| <input type="checkbox"/> Tylenol® (Acetaminophen), Children's chewable 80mg tablet
Tylenol® (Acetaminophen), tableta de masticar de 80mg-niños | <input type="checkbox"/> Benadryl® (Diphenhydramine) Liquid, Children age 6-12 years, 12.5mg/5cc (5cc = 1 tsp)
Benadryl® (Diphenhydramine) líquido, 12.5mg/5cc (5cc = 1 cdita) - niños de 6 a 12 años |
| <input type="checkbox"/> Motrin®/Advil® (Ibuprofen), 200mg tablet
Motrin®/Advil® (Ibuprofen), tableta de 200mg | <input type="checkbox"/> Tums® (Calcium Carbonate), 500mg tablet (Middle/High School use only)
Tums® (Calcium Carbonate), tabletas de 500mg (solamente para alumnos de escuelas intermedias y secundarias) |

* Medication supplied by parent/guardian must be in its original prepackaged container.

* Los medicamentos que proporcionen los padres o tutores legales, deberán estar en su envase de empaque original.

Signature of Parent/Guardian [Firma de un padre de familia o tutor legal] _____ Date [Fecha] _____

ISE-HS-003-05/09

Paradise Valley Unified School District

OVER-THE-COUNTER MEDICATION RECORD

Student Name [Nombre del/la estudiante] _____ Grade [Grado] _____

OTC Medication Given	Date	Time	Given By	OTC Medication Given	Date	Time	Given By

Nurse's Signature _____ Initials _____

ISE-HS-003-05/09

Paradise Valley Unified School District

OVER-THE-COUNTER MEDICATION RECORD

Student Name [Nombre del/la estudiante] _____ Grade [Grado] _____

OTC Medication Given	Date	Time	Given By	OTC Medication Given	Date	Time	Given By

Nurse's Signature _____ Initials _____

ISE-HS-003-05/09

Paradise Valley Unified School District