



**OVER-THE-COUNTER MEDICATION PERMISSION/RECORD
(Elementary Schools)**

School Year _____ / _____
Año Escolar _____

*AUTORIZACIÓN/REGISTRO PARA ADMINISTRAR
MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA
(Escuelas Primarias)*

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

Teacher *[Maestro(a)]* _____ Drug Allergies? Yes No If Yes, specify: _____
[¿Es alérgico a algún medicamento? Sí No Si contestó sí, especifique:]

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 dosage of medication(s) listed based on weight/age and given in compliance with manufacturer's recommended dosage label. 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 o enfermedad menor durante la jornada escolar, autorizo que la enfermera de la escuela sea quien administre la dosis de medicamento(s) señalados, en base a su peso y estatura y en acuerdo con la dosis recomendada en la etiqueta de manufactura. Tengo entendido que se utilizarán otros métodos de cuidado antes de administrar estos medicamentos (por ej.: darle un almuerzo, descanso, 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 necesita otro(s) medicamento(s) por un periodo largo de tiempo o para una enfermedad crónica, yo deberé 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. / *Convengo y por la presente exonero de cualquier responsabilidad al distrito escolar y sus empleados por reclamos, demandas, procesos de acción legal, obligaciones o pérdidas de cualquier 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 INITIAL NEXT TO THE MEDICATION(S) YOU ARE AUTHORIZING FOR ADMINISTRATION

POR FAVOR AGREGUE SUS INICIALES EN LOS CUADROS CORRESPONDIENTES A LOS MEDICAMENTOS QUE AUTORIZA PARA SER ADMINISTRADOS.

<u>Parent Initials</u> <i>[Iniciales]</i>	<u>Medication</u> <i>[Medicamento]</i>	<u>Parent Initials</u> <i>[Iniciales]</i>	<u>Medication</u> <i>[Medicamento]</i>
→	Tylenol® (Acetaminophen), 500mg, 325mg, 80mg (tablet(s)/suspension) <i>Tylenol® (Acetaminophen), tableta de 500, 325 o 80 mgs o suspensión</i>	→	Calamine Lotion (applied topically as needed) <i>Loción Calamine (aplicación local según sea necesario)</i>
→	Motrin®/Advil® (Ibuprofen), 200mg, 100mg (tablet(s)/suspension) <i>Motrin®/Advil® (Ibuprofen), tableta de 200 o 100 mgs o suspensión</i>	→	Caladryl Lotion (applied topically as needed) <i>Loción Caladryl (aplicación local según sea necesario)</i>
→	Benadryl® (Diphenhydramine), 25mg (tablet(s)/suspension) <i>Benadryl® (Diphenhydramine), tableta de 25mg o suspensión</i>	→	Hydrocortisone Cream (applied topically as needed) <i>Crema Hydrocortisone (aplicación local según sea necesario)</i>
→	Cough Drops (2nd – 6th grades only) <i>Grageas para la tos (solamente a 2º a 6º grado)</i>	→	Benzocaine (Orajel™) <i>Benzocaina (Orajel™)</i>
<input type="checkbox"/> I prefer my child NOT RECEIVE any of the above medications at school. <input type="checkbox"/> <i>Preferimos que nuestro hijo(a) NO reciba ninguno de los medicamentos antes mencionados en la escuela</i>			

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

For school nurse use only / *Solamente para uso de la enfermera escolar*

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

Nurse's Signature _____ Initials _____ Nurse's Signature _____ Initials _____