NORWICH PUBLIC SCHOOLS
NORWICH SCHOOL HEALTH
Parent Authorization for Administration of Non-Prescription Medication

Under the Standing Orders of the Medical Advisor, Acetaminophen (Tylenol) and/or Ibuprofen (Motrin, Advil) may be given to students aged **10 or older** for Headache, Orthodontic (Braces) pain, or Menstrual Cramps, once per day, up to three (3) times per month, with parent's/guardian's written authorization. Any other reason or frequency requires a specific doctor's order. Please complete the following.

I give permission for my child to receive the following non-prescription medication(s) at school:
_____ Acetaminophen (Tylenol) and/or _____ Ibuprofen
_____ No, I do not wish my child to have this medication at school.

Dosage for Tylenol: student greater than **90 lbs** the dose is **500mg**, student **90 lb and under** the dose is 1**0-15mg/kg**
Dosage for Ibuprofen: student greater than **90 lbs** the dose is **400 mg**, student **90 lb and under** the dose is **8-10 mg/kg**

No allergy to this medication is presently known. I will notify the school nurse if at any time in the future my child should not receive this medication. This permission will be in effect until the end of the school year.

Student's Name _____DOB_____ Grade/Homeroom_____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

• • • •

NORWICH PUBLIC SCHOOLS
NORWICH SCHOOL HEALTH

Autorizatión de los Padres para la Administración de Medicinas sin Receta

Bajo las órdenes vigentes del consejero médico, el actaminofén (Tylenol) y/o el "Ibuprofen" (Motrin, Advil) pueden ser administrados a los alumnos de edad 10 años o mas, para dolor de cabeza, dolor de ortodoncia (frenillos), o calambres menstruales, una vez al día, hasta tres (3) veces al mes, con la autorización del padre o guardián. Cualquier otra razón o frecuencia requiere una orden médica específica. Por favor llene lo siguiente.

Yo doy el permiso para que mi hijo(a) reciba la siguiente medicina no recetada, en la escuela.
_____ Acetaminofén ("Tylenol") y/o _____ "Ibuprofén"
_____ No, Yo no deseo que mi hijo reciba este medicamento en la escuela.

Al presente, no existe ninguna alergia relacionada con esta medicina. Yo notificaré a la enfermera de la escuela en cualquier momento en el futuro en que mi hijo(a) no debe tomar esta medicina. Este permiso estará en vigor hasta el final del año escolar.

Nombre del Estudiante _____ Grado/Salón Hogar _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Student's Name _____ Grade/Homeroom _____

Date M/D/Y	Time Given AM	PM	Medication/ Dose Given	Legal Signature of Nurse Administering Medication	Comments

File in student's Cumulative Health Record when Medication has been completed or discontinued.