

## SCHOOL DISTRICT OF LODI

<b>District Office</b>	<b>High School</b>	<b>Middle School</b>	<b>Elementary School/OSC</b>	<b>Primary School</b>
115 School Street	1100 Sauk Street	900 Sauk Street	101 School Street	1307 Sauk Street
608-592-3851	608-592-3853	608-592-3854	608-592-3842	608-592-3855
Fax: 608-592-3852	Fax: 608-592-1045	Fax: 608-592-1035	Fax: 608-592-1025	Fax: 608-592-1015

### NON-PRESCRIPTION/OVER-THE-COUNTER MEDICATION FORM

Medications are to be given at home, whenever possible. If it is necessary for a student to receive medications at school, all appropriate portions of this form **MUST** be completed before a medication can be given at school. **For PRESCRIPTION MEDICATION, please fill out the prescription medication form.**

Parents may allow over-the-counter medications **ONLY if they are within therapeutic dose as labeled on medication packaging for your child's age and/or weight.** If the desired medication is above the therapeutic dosage allowed per packaging or there are additional safety concerns regarding the medication, the school may request that a health care practitioner reviewed and authorized in writing the administration of the medication.

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **School:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Weight:** \_\_\_\_\_

Medication Name:	Route	Dose	Frequency/Time	Start date	End date	Possible Side effects:

**We have some stock medications in the nurse's office. If you want your student to be able to use these medications at school, please check yes.**

- Yes    No   Hydrocortisone Cream 1% - for rash  
 Yes    No   Triple Antibiotic Cream- for minor scrapes and cuts.  
 Yes    No   Cough drop: containing menthol- for sore throat or cough

### PARENT/GUARDIAN CONSENT:

#### REQUIRED SIGNATURES

I have read the medication policy and understand my parent responsibilities in providing my child this medication at school. The above medication is to be administered during the school day in accordance with the above instructions and agreements. I agree to accept communication about student/medication and understand the medication will be given by non-medically trained school personnel.

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date Received at School: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Received by: \_\_\_\_\_

## DISTRITO ESCOLAR DE LODI

<b>Oficina del distrito</b> 115 School Street 608-592-3851 Fax: 608-592-3852	<b>Escuela secundaria</b> 1100 Sauk Street 608-592-3853 Fax: 608-592-1045	<b>Escuela intermedia</b> 900 Sauk Street 608-592-3854 Fax: 608-592-1035	<b>Escuela Elementary/OSC</b> 101 School Street 608-592-3842 Fax: 608-592-1025	<b>Escuela primaria</b> 1307 Sauk Street 608-592-3855 Fax: 608-592-1015
---	--	---	---	--

### FORMULARIO DE MEDICAMENTOS SIN RECETA/DE VENTA LIBRE

Los medicamentos deben administrarse en casa, siempre que sea posible. Si es necesario que un estudiante reciba medicamentos en la escuela, **DEBEN** completarse todas las partes correspondientes de este formulario antes de que se pueda administrar un medicamento en la escuela. **Para MEDICAMENTOS CON RECETA, complete el formulario de medicamentos con receta.**

Los padres pueden permitir medicamentos de venta libre **ÚNICAMENTE si se encuentran dentro de la dosis terapéutica indicada en la etiqueta del envase del medicamento para la edad o el peso de su hijo.** Si el medicamento deseado está por encima de la dosis terapéutica permitida por paquete o si hay preocupaciones de seguridad adicionales con respecto al medicamento, la escuela puede solicitar que un profesional de la salud revise y autorice por escrito la administración del medicamento.

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento:	Vía	Dosis	Frecuencia/Hora	Fecha de inicio	Fecha de terminar	Posibles efectos secundarios:

**Tenemos algunos medicamentos en stock en la enfermería. Si desea que su estudiante pueda usar estos medicamentos en la escuela, marque sí.**

- Sí     No    Crema de hidrocortisona al 1% - para sarpullido  
 Sí     No    Crema de antibiótico triple - para raspaduras y cortes menores.  
 Sí     No    Pastillas para la tos: que contienen mentol, para el dolor de garganta o la tos

### CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR:

#### FIRMAS REQUERIDAS

He leído la política de medicamentos y comprendo mis responsabilidades como padre al proporcionarle este medicamento a mi hijo en la escuela. El medicamento anterior debe administrarse durante el día escolar de acuerdo con las instrucciones y acuerdos anteriores. Estoy de acuerdo en aceptar la comunicación sobre el estudiante/medicamento y entiendo que el medicamento será administrado por personal escolar sin capacitación médica.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de recepción en la escuela:    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Recibido por: \_\_\_\_\_