



TURNER SCHOOL UNIFIED SCHOOL DISTRICT #202

Permission for Over the Counter Medication

Name of Student: _____

Teacher: _____ Grade: _____

Medication:

Dosage:

Side Effects:

Medication:

Dosage:

Side Effects:

Medication:

Dosage:

Side Effects:

I hereby give permission for _____ to take over-the-counter medication above. I understand that I will furnish the above medication and it will be dispensed as directed on the medication label unless contraindicated. All medication must be in its own container and must be unopened.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Nurse Signature: _____ Date: _____



TURNER SCHOOL UNIFIED SCHOOL DISTRICT #202

Permiso para Medicamentos sin Receta

Nombre del Estudiante: _____

Maestro: _____ Grado: _____

Medicamento:

Dosis:

Efectos Secundarios:

Medicamento:

Dosis:

Efectos Secundarios:

Medicamento:

Dosis:

Efectos Secundarios:

Por la presente, autorizo a _____ a tomar los medicamentos sin receta mencionados anteriormente. Entiendo que proporcionaré los medicamentos mencionados anteriormente y que se me administrarán según las instrucciones de la etiqueta del medicamento, a menos que estén contraindicados. Todos los medicamentos deben estar en su propio envase y deben estar sin abrir.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Firma de la Enfermera: _____

Fecha: _____