



Permission for Over-the-Counter Medications

Student Name: _____

Medication Allergies: _____

Date of Birth: _____

Student Photo:

School use only

I give permission for the above student to have the medication(s), which I have checked below (in conjunction with CCSD Standing Orders):

- ☐ Acetaminophen (Tylenol)
- ☐ Ibuprofen (Advil, Motrin)
- ☐ Antacid
- ☐ Cough drops
- ☐ Benzocaine (Orajel for mouth sores or tooth/gum pain)
- ☐ Antibiotic ointment
- ☐ Calamine lotion
- ☐ Hydrocortisone cream
- ☐ Burn gel
- ☐ First Aid Spray (or topical analgesic agent)
- ☐ Eye wash solution/saline
- ☐ Lubricant eye drops
- ☐ Saline nasal gel/spray drops

*This form should be completed for elementary school (K-6), secondary school (7-12), and any time changes in the child's health history warrant a change in medication permission.

I understand these medications will be given per Campbell County School District standing orders. I understand that appropriate substitutions and/or generic equivalents may be used.

Parent or Guardian Signature

Date

Parent or Guardian Name (Printed)



Permiso para medicamentos sin receta

Nombre del Estudiante: _____

Alergias a Medicamentos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Doy permiso para que el estudiante mencionado anteriormente obtenga el/los medicamento/s que he marcado a continuación (en conjunto con las Órdenes Permanentes de CCSD):

Student Photo:

Uso escolar
solamente

- ☐ Acetaminofén (Acetaminophen, Tylenol)
- ☐ Ibuprofeno (Ibuprofen, Advil, Motrin)
- ☐ Neutralizador de Acidez (Antacid)
- ☐ Pastillas para la Tos (Cough drops)
- ☐ Benzocaína (Orajel para llagas en la boca y dolor de dientes/encías)
(Benzocaine)
- ☐ Pomada de Antibiotico (Antibiotic ointment)
- ☐ Loción de Calamina (Calamine lotion)
- ☐ Crema de Hidrocortisona (Hydrocortisone cream)
- ☐ Gel de Quemadura (Burn gel)
- ☐ Spray de Primeros Auxilios (agente analgésico tópico) (First Aid Spray)
- ☐ Solución de Irrigación del Ojo (Eye wash solution/saline)
- ☐ Gotas lubricantes para ojos (Lubricant eye drops)
- ☐ Gel nasal salino/gotas de spray (Saline nasal gel/spray drops)

Este formulario debe completarse para la escuela primaria (K-6), la escuela secundaria (7-12) y en cualquier momento en que los cambios en el historial de salud del niño justifiquen un cambio en el permiso de medicamentos.

Entiendo que estos medicamentos se administrarán según las órdenes permanentes del Distrito Escolar del Condado de Campbell. Entiendo que se pueden usar sustituciones apropiadas y/o genéricos equivalentes.

Firma del padre o tutor

Fecha

Nombre del padre o tutor (Impreso)