



Dear Parent/Guardian,

In New York State, the determination of what qualifies as an over-the-counter (OTC) medication is based on the U.S. Food and Drug Administration (FDA) Active Ingredient List. If a product contains an active ingredient listed by the FDA, it is considered an OTC medication.

In accordance with New York State Education Law and school health regulations, the administration of any medication—including OTC medications—requires a written order from a licensed healthcare provider, **and** written parental or guardian consent.

This form must be completed by a Parent/Guardian and is valid for one (1) year.

Scholar Name: _____ **Date of Birth:** ____ / ____ / ____

Does your child have any known allergies or sensitivities to medications or topical ingredients?

☐ **NO** ☐ **YES** (If yes, please list all specific allergies/sensitivities): _____

First Aid / Topical OTC medications available in School Health Office:

- **Antibiotic Ointment:** Bacitracin zinc first aid antibiotic ointment
- **Burn & Insect Bite Relief:** Burn Gel (*contains lidocaine 2%*), Sting Kill Swabs (*contains Benzocaine 20%*)
- **Anti-itch / Antihistamine Lotion:** Caladryl or Callergy Lotion (*contains Benadryl*)
- **Oral Care:**
 - Cepacol Mouthwash (*oral antiseptic, does not contain Benzocaine*)
 - Orajel or Orasol Gel (*Benzocaine*)
 - Toothpaste and dental floss
- **First Aid & Wound Care:**
 - First Aid antiseptic cream
 - Isopropyl alcohol 70%
 - Wound Wash (*sodium chloride*)
 - Saline Solution (*eye saline wash*)
- **General Comfort:**
 - Cough drops (*may contain menthol*)
 - Lip balm (*contains beeswax, mineral oil, coconut oil, Vitamin E, pomegranate flavor*)
 - Deodorant
 - Vaseline (*white petroleum/petrolatum*)

Parent / Guardian Consent

By signing below, I confirm that I am the parent or legal guardian of the student named above, and I authorize the school health staff to administer the OTC products checked/listed above as needed.

Parent/Guardian Name: _____ **Parent/Guardian Signature:** _____ **Date:** _____

Please return this completed form to the school nurse or email it to healthservices@ecsdm.org



Estimado padre/madre o tutor legal:

En el estado de Nueva York, la determinación de lo que se considera un medicamento de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) se basa en la Lista de Ingredientes Activos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, *por sus siglas en inglés*). Si un producto contiene un ingrediente activo incluido en la lista de la FDA, se considera un medicamento de venta libre (OTC).

De acuerdo con la Ley de Educación del Estado de Nueva York y las normas de salud escolar, la administración de cualquier medicamento, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), requiere una orden escrita de un profesional de la salud autorizado y el consentimiento escrito del padre/madre o tutor legal.

Este formulario debe ser completado por el padre/madre o tutor legal y es válido por un (1) año.

Nombre del estudiante: _____ F.D.N: ____ / ____ / ____

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia o sensibilidad conocida a medicamentos o ingredientes tópicos?

☐ **NO** ☐ **SÍ** (*Sí respondió sí, indique todas las alergias/sensibilidades específicas*): _____

Primeros auxilios/ Medicamentos OTC tópicos disponibles en la Oficina de Salud Escolar:

- **Pomada antibiótica:** Pomada antibiótica de primeros auxilios con bacitracina de zinc.
- **Alivio para quemaduras y picaduras de insectos:** Burn Gel (*contiene lidocaína al 2%*), Sting Kill Swabs (*contiene benzocaína al 20%*).
- **Loción contra la picazón / antihistamínica:** Loción Caladryl o Callergy (*contiene Benadryl*).
- **Cuidado oral/bucal:**
 - Enjuague bucal Cepacol (*antiséptico oral, no contiene benzocaína*).
 - Gel Orajel o Orasol (*contiene benzocaína*).
 - Pasta dental e hilo dental.
- **Primeros auxilios y cuidado de heridas:**
 - Crema antiséptica de primeros auxilios.
 - Alcohol isopropílico al 70%.
 - Lavado de heridas (*cloruro de sodio*).
 - Solución salina (*lavado ocular (ojos) con solución salina*).
- **Bienestar General:**
 - Pastillas para la tos (*pueden contener mentol*).
 - Bálsamo labial (*contiene cera de abeja, aceite mineral, aceite de coco, vitamina E y sabor a granada*).
 - Desodorante.
 - Vaselina (*vaselina blanca/petrolato*).

Consentimiento del Padre/Madre o Tutor Legal

Al firmar a continuación, confirmo que soy el padre/madre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y autorizo al personal de salud escolar a administrar, según sea necesario, los productos OTC indicados o seleccionados anteriormente.

Nombre del padre/madre o tutor legal: _____

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Por favor, devuelva este formulario completado a la enfermera escolar o envíelo por correo electrónico a healthservices@ecsdsm.org