



Over-The-Counter (OTC) Medication Authorization Form

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____
 Last First

Medication Allergies: No Yes If Yes, give name of medication(s): _____
 Describe reaction: _____

Medications students may take while at school will be provided by parents/guardians. **All medications brought to campus must be checked in with the School Nurse and listed on this form.** Medications may be added or deleted from this authorization form at any time during the school year by contacting the School Nurse. With parental consent, the following types of OTC medications may be made available to your child when needed.

Please check "yes" to authorize school nurse/staff to give your child the following medications while on campus. *OTC medications are dispensed per package directions unless written directives are provided by a physician.*

Over-the-counter medication dispensed per package directions:	Indications:	Yes
Acetaminophen (Tylenol) or generic	Pain reliever/fever reducer	
Cough drops or throat lozenges	Cough/throat irritation	
Calcium Carbonate (Tums)	Stomach Pain	
Ibuprofen (Advil) or generic	Pain Reliever/fever reducer	

Please add any other OTC medications you expect to provide for your child. Do not list prescription medications in this location. An authorization form from a physician is required for prescriptions.

Over-the-counter medication dispensed per package directions:	Indications:	Yes

I give permission for medication(s) listed above to be given to my child for self-administration at the Nurse's discretion or dispensed by designated personnel as delegated by the School Nurse.

Parent Signature

Date



Formulario de autorización para medicamentos que no requieren receta médica

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____
Apellido Nombre

Alergias a medicamentos: No ___ Sí ___ Si contestó que sí, escriba el nombre del medicamento

Describa la reacción: _____

El padre o tutor proveerá los medicamentos que el alumno puede tomar en la escuela. **Todo medicamento que introduzca al campus debe ser revisado por la enfermera e incluido en el presente formulario.** En cualquier momento durante el ciclo escolar se pueden agregar o eliminar medicamentos del formulario de autorización sólo necesita hablar con la enfermera de la escuela. Con la autorización de los padres, se le podrán administrar a su hijo (a) los siguientes medicamentos que no requieren receta médica.

Por favor marque "sí" para autorizar a la enfermera o al personal de la escuela a administrarle a su hijo (a) los siguientes medicamentos en la escuela. Dichos medicamentos se administran siguiendo las instrucciones que aparecen en el producto a menos que el médico indique por escrito lo contrario.

Medicamentos que no requieren receta médica que se administran de acuerdo a las instrucciones que aparecen en el producto:	Indicaciones:	Sí
Paracetamol o acetaminofén (<i>Tylenol</i>) o producto genérico.	Alivia el dolor y disminuye la fiebre.	
Pastillas para aliviar la tos o pastillas para la garganta.	Tos e irritación de la garganta.	
Carbonato de calcio (<i>Tums</i>).	Dolor de estómago.	
Ibuprofeno (<i>Advil</i>) o producto genérico.	Alivia el dolor y disminuye la fiebre.	

Favor de agregar otros medicamentos que no requieren receta médica, y que usted espera que le proporcionemos a su hijo (a). No incluya medicamentos que requieren receta médica en el espacio a continuación.

Medicamentos que no requieren receta médica que se administran de acuerdo a las instrucciones que aparecen en el producto:	Indicaciones:	Sí

Autorizo que la enfermera de la escuela o personal asignado por la misma proporcione a mi hijo (a) los medicamentos que aparecen en la lista para que mi hijo (a) se los auto administre.

Firma del padre o de la madre

Fecha

Medicamento/Motivo	Dosis	Día y hora	Suministro	Firma de la enfermera o administrador

"Los programas y actividades del distrito Sweetwater Union High School District deberán estar libres de discriminación basada en género, sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, estado civil o discapacidad física o mental, orientación sexual o por la percepción de una o más de dichas características." Política 0410 de la Mesa Directiva de SUHSD.