

OVER-THE-COUNTER-MEDICATION-CONSENT FORM

Student Name: _____ DOB: _____

I give permission for the above named student to be given as needed dosage of the medication below in accordance with medication label.

NSAID (Motrin, Advil) or the generic equivalent for aches/pains/fever.

Yes _____ No _____

(Tylenol) or the generic equivalent for fever/aches/pains.

Yes _____ No _____

(Benadryl) or the generic equivalent for allergic.

Yes _____ No _____

(Tums/Pepto Bismol) or generic equivalent for upset stomach/diarrhea.

Yes _____ No _____

Please check off the following topical and or antiseptics allowed to be used for minor cuts, scrapes, burns, itch, and bug bites:

_____ Triple Antibiotic Cream/Bacitracin/Neosporin/First Aid Burn Cream

_____ Hydrocortisone 1% Cream/Benadrly Cream

_____ Saline Wound Flush Hydrogen Peroxide

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Physician Signature/Stamp: _____ Date: _____

MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA (OVER-THE-COUNTER)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doy permiso para que el estudiante mencionado arriba, reciba la dosis necesaria, de acuerdo con la etiqueta del medicamento.

NSAID (Motrin, Advil) ó el equivalente genérico para los dolores y fiebre.

Si _____ No _____

(Tylenol) ó el equivalente genérico para los dolores y fiebre.

Si _____ No _____

(Benadryl) ó el equivalente genérico para el reacciones alérgicas.

Si _____ No _____

(Tums/Pepto Bismol) ó el equivalente genérico de estomago descompuesto/diarrea.

Si _____ No _____

Por favor complete la siguiente información de antisépticos permitidos a utilizarse para cortes, picaduras, raspones, sarpullido, quemaduras menores, y picaduras de insectos:

_____ Crema antibiótica Triple/Bacitracina/Neosporin /Primeros Auxilios Crema Para Quemaduras

_____ Hidrocortisona al 1% Crema / Benadrly Crema

_____ Peróxido de hidrógeno de solución salina para las heridas

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Médico/Estampilla: _____ Fecha: _____