

HENDERSON COUNTY PUBLIC SCHOOLS AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF OVER-THE-COUNTER (OTC) MEDICATION

I. Student information

Last Name, First Name, Middle Initial Date of Birth Weight* School Grade/Teacher

Parent/Guardian Name Cell Phone/Work Phone

- 1.) Does your student have any allergies to medications, food/drink, or dyes? _____ (Yes/No)
- 2.) If yes, please list allergies and type of reaction (for example: Penicillin-rash).

- 3.) Does your student take medication (either over-the-counter or prescription) on a regular basis? _____(Yes/No)
- 4.) If yes, please list medication (including name, dose, and frequency; for example: Claritin 10 mg daily)

- 5.) Does your student have a diagnosed medical condition that impacts their safety when taking over-the counter medication (including, but not limited to: history of kidney or liver disease, hypertension, or pregnancy)? *If uncertain, please contact your student's primary care physician*
_____ (Yes/No). If yes, please describe: _____

II. Action Plan; Effective school year _____; Check "yes" or "no" to indicate which medicine(s) may be administered to your student.

Medication	Indication(s)	Possible Side Effects
Acetaminophen (Tylenol) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	For fever of 100 F or greater or relief of minor aches & pains.	Nausea, rash, headache
Ibuprofen (Advil/Motrin) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	For fever of 100 F or greater or relief of minor aches & pains.	Stomach upset
Diphenhydramine (Benadryl) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	For minor allergy symptoms, including small rash.	Drowsiness, excitability
Bacitracin (topical antibiotic ointment) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Infection prevention for minor wound care	None significant if administered per manufacturer's instructions
Hydrocortisone 1% cream <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	For temporary relief of itching	None significant if administered per manufacturer's instructions
Lamisil (Topical antifungal) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Tinactin (Topical antifungal) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	For treatment of tinea corporis (ringworm). For treatment of tinea pedis. (athlete's foot).	None significant if administered per manufacturer's instructions
Calamine (Lotion) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	For temporary relief/protection of irritated skin	None significant if administered per manufacturer's instructions

**Your report of your child's weight will be used to dose medication, if a scale is unavailable. Manufacturer's labels for all OTC medications are maintained by the school nurse for parents/guardians to review upon request.*

III. Parental Permission

By checking the **"yes" box(es)** above, I hereby request that the school nurse administer the above described medication(s) to my child (named above) for the indications listed above while in school or while participating in school curricular activities. I understand that: 1.) There is no liability on the part of the school district agents, including Henderson County Department of Public Health school nurse personnel, for civil damages as a result of the administration of this medication to my child when the nurse administering the medication acts within the scope of nursing practice. 2.) These medications are stocked and maintained by the school with standing orders signed by the medical director of the Henderson County Department of Public Health. 3.) I will be notified of the medication, dosage, and time that over-the-counter medication was administered to my child. 4.) I will be contacted if my child's symptoms do not improve and/or s/he is unable to remain at school.

Parent/Guardian Signature

Date

By checking the **"no" box(es)** above, I hereby indicate that I do not want the specified medications administered to my student.

Parent/Guardian Signature

Date

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE HENDERSON

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS QUE NO LLEVAN RECETA

I. Información del estudiante

Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Peso* _____ Escuela _____ Grado/Maestro _____

Padres/Tutores legales _____

Tel. Cel./Tel. Del trabajo _____

1.) ¿Es su estudiante alérgico a medicina, comida/bebida, o tinte? _____ (Sí/No)

2.) En caso que sí, anote las alergias y tipo de reacción (por ejemplo: Penicilina-salpullido) _____

3.) ¿Toma su estudiante medicina (con y sin receta) por lo regular? _____ (Sí/No)

4.) En caso que sí, anote las medicinas (incluso el nombre, la dosis, y la frecuencia; por ejemplo: Claritin 10 mg diario) _____

5.) ¿Su estudiante ha sido diagnosticado con alguna condición médica la cual impactaría su seguridad al tomar medicina sin receta (incluso, pero no limitándose a: enfermedades del hígado o riñón, hipertensión, o embarazo)? _____ (Sí/No).

En caso que sí, favor de describir la condición: _____

Si no sabe, favor de contactar al médico de cabecera de su estudiante.

II. Plan de acción; Año escolar _____; Marque "sí" or "no" para indicar la(s) medicina(s) que se puede administrar a su estudiante.

Medicamento	Indicacion(es)	Efectos secundarios posibles
Acetaminophen (Tylenol) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para fiebre más alta que 100 F/37.7 C y para aliviar dolor leve	Náusea, salpullido, dolor de cabeza
Ibuprofen (Advil/Motrin) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para fiebre más alta que 100 F/37.7 C y para aliviar dolor leve	Malestar estomacal
Diphenhydramine (Benadryl) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para síntomas de alergias leves, incluso salpullido pequeño.	Cansancio, irritabilidad
Bacitracin (ungüento antibiótico) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prevención de infecciones y para cuidado de lesiones menores.	Ningún efecto significativo, si se da por las instrucciones del fabricante
Hydrocortisone 1% pomada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para alivio transitorio de comezón	Ningún efecto significativo, si se da por las instrucciones del fabricante
Lamisil (ungüento contra hongos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tinactin (ungüento contra hongos) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para tratamiento de tinea corporis. Para tratamiento de tinea pedis.	Ningún efecto significativo, si se da por las instrucciones del fabricante
Calamine (Loción) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para alivio transitorio de piel irritada	Ningún efecto significativo, si se da por las instrucciones del fabricante

**Se usará su reporte del peso de su hijo para calcular la dosis de la medicina. La enfermera escolar mantiene las etiquetas de los fabricantes de todas los medicamentos, para que los padres/tutores puedan revisarlos*

III. Autorización de los padres/tutores legales

Por marcar "sí," en los bloques arriba yo, por este medio, pido que la enfermera escolar administre a mi hijo/a nombrado arriba los medicamentos indicados arriba para las indicaciones mencionadas arriba mientras que él/ella esté en la escuela o que participe en las actividades asociadas con el currículo de la escuela. Yo entiendo que: 1.) No existe ninguna responsabilidad por parte del distrito escolar, su personal o agentes, incluso las enfermeras escolares del Departamento de Salud del Condado de Henderson, para cualquier daño civil que resulte por la administración de este medicamento a mi hijo/a cuando la persona quien administra el medicamento se actúa dentro de los límites de la práctica de enfermería. 2.) Estos medicamentos se compran y se mantienen por la escuela con las órdenes estándares firmadas por la directora médica del Departamento de Salud del Condado de Henderson. 3.) Me van a notificar de la administración del medicamento a mi hijo/a y la hora y la dosis que le dieron. 4.) Me van a notificar si las síntomas de mi hijo/a no se mejoran y/o el/ella no puede quedarse en la escuela.

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha

Por marcar "no" en los bloques arriba, yo, por este medio, indico que no quiero que los medicamentos indicados arriba sean dados a mi estudiante.

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha