



Scholar's First and Last Name \_\_\_\_\_

Scholar's Current Grade \_\_\_\_\_

### **PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF OTC MEDICATIONS**

Occasionally, a scholar will develop symptoms during school hours such as a headache, muscle pain, menstrual cramps, allergies or minor cold symptoms. Your child's symptoms may be helped by over the counter medications such as those listed below. The nurse will assess whether your child might benefit from the medication but parental consent is needed before the medication can be given. Please fill in and if you agree to allow the nurse to administer over the counter medications without contacting you each time your child is seen and the medication is recommended. This permission is valid for the school year.

\*Español: Ocasionalmente, un estudiante desarrollará síntomas durante el horario escolar, como dolor de cabeza, dolor muscular, calambres menstruales, alergias o pequeños síntomas de resfriado. Los síntomas de su hijo(a) pueden aliviarse con medicamentos de venta libre como los que se indican a continuación. La enfermera evaluará si su hijo(a) puede beneficiarse de la medicación, pero es necesario el consentimiento de los padres antes de que pueda administrarse la medicación. Por favor, rellene y si está de acuerdo en permitir que la enfermera administre medicamentos sin receta sin ponerse en contacto con usted cada vez que su hijo(a) sea visto y se recomiende la medicación. Este permiso es válido para el año escolar.

\*Kreyol Ayisyen: Okazyonèlman, yon etidyan ap devlope sentòm pandan lè lekòl tankou yon maltèt, doulè nan misk, kranp nan règ, alèji oswa sentòm frèt. Sentòm pitit ou a ka ede pa medikaman san preskripsyon tankou sa yo ki nan lis anba a. Enfimyè a pral evalye si pitit ou a ta ka benefisye de medikaman an men yo bezwen konsantman paran anvan yo ka bay medikaman an. Tanpri ranpli epi si ou dakò pou pèmèt enfimyè a bay medikaman san preskripsyon san li pa kontakte w chak fwa yo wè pitit ou a epi yo rekòmande medikaman an. Pèmisyon sa a valab pou ane lekòl la.

\*Tiếng Việt: Trong giờ học, thỉnh thoảng học sinh sẽ có các triệu chứng như đau đầu, đau cơ, đau bụng kinh, dị ứng hay các triệu chứng cảm lạnh nhẹ. Các triệu chứng đó có thể được khắc phục bằng các loại thuốc không kê đơn, ví dụ như các loại thuốc được liệt kê dưới đây. Y tá sẽ đánh giá xem con của Quý vị có cần uống thuốc không, nhưng trước hết, chúng tôi cần được sự đồng ý của phụ huynh trước khi kê thuốc. Nếu đồng ý cho phép y tá kê thuốc không kê đơn mà không cần liên hệ với Quý vị mỗi khi con của Quý vị được khám và cho là cần uống thuốc, Quý vị vui lòng điền thông tin vào biểu mẫu bên dưới. Sự cho phép của Quý vị có hiệu lực trong năm học.

**(over)**

Is your child allergic or sensitive to any medications? If yes, which ones?

\*Español: ¿Es su hijo(a) alérgico o sensible a algún medicamento?

\*Kreyol Ayisyen: Èske pitit ou a alèji oswa sansib a nenpòt medikaman?

\*Tiếng Việt: Con của Quý vị có bị dị ứng hay mẫn cảm với loại thuốc nào không?

---

---

Does your child have any medical or health problems? If yes, please EXPLAIN:

\*Español: ¿Tiene su hijo(a) algún problema médico o de salud?

\*Kreyol Ayisyen: Èske pitit ou a gen nenpòt pwoblèm medikal oswa sante?

\*Tiếng Việt: Con của Quý vị có vấn đề gì về sức khỏe và y tế không?

---

---

List any long-term medication your child receives:

\*Español: Enumere los medicamentos que recibe su hijo a largo plazo (si no hay ninguno, escriba "ninguno")

\*Kreyol Ayisyen: Lis nenpòt medikaman alontèm pitit ou a resevwa (si pa gen okenn, ekri "okenn")

\*Tiếng Việt: Liệt kê tất cả các loại thuốc mà con của Quý vị sử dụng kéo dài (nếu không có, viết “không”)

---

---

I give permission for my child, \_\_\_\_\_, to receive the medication(s) listed/checked below as deemed necessary by the School Nurse.

\*Español: Doy permiso para que mi hijo(a) (mencionado arriba) reciba la(s) medicación(es) indicada(s) a continuación según lo considere necesario la enfermera de la escuela.

\*Kreyol Ayisyen: Mwen bay pitit mwen an pèmisyon (ki site pi wo a) resevwa medikaman ki nan lis/tcheke pi ba a jan Enfimye Lekòl la konsidere li nesesè.

\*Tiếng Việt: Tôi cho phép con tôi (được liệt kê ở trên) sử dụng (các) loại thuốc được liệt kê/kiểm tra dưới đây khi Y tá Nhà trường cho là cần thiết.

- Ibuprofen / Ibuprofeno / Ibipwofèn (Advil, Motrin)
- Acetaminophen / Acetaminofén / Asetaminofèn (Tylenol)
- Antihistamine / Antihistamínico / Antihistamin (Benadryl)

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone

\_\_\_\_\_  
Email