



Autorización para la administración de medicamentos de venta sin receta en la escuela

Authorization for Administration of Over-the-Counter Medications at School

Este formulario vence al final del año escolar actual. This form expires at the end of the current school year.

Nombre del alumno - Student Name

Año escolar - School Year

Escuela - School

Grado - Grade

Salón de clase - Homeroom

Como padre/tutor del alumno, autorizo que mi hijo reciba los siguientes medicamentos durante el horario escolar o durante actividades que se realicen después del mismo. (Encierre con un círculo la respuesta "Sí" o "No" en cada caso. Indique también si su hijo es alérgico a alguno de estos medicamentos.) As this student's parent/guardian, I give permission for my child to receive the following medications during school hours or during after-school activities. (Circle yes or no to all that apply.) Also, please mark if your child is allergic to any of these medications.

Medicamentos de venta sin receta. Encierre su opción con un círculo

Over-the-Counter Medication - Circle those that apply

Acetaminofeno (Tylenol) para el dolor de cabeza Acetaminophen (Tylenol) for headache	Sí Yes	No No	Alérgico Allergic
Acetaminofeno (Tylenol) para el dolor de muelas o dolores menores Acetaminophen (Tylenol) for toothache or minor pain	Sí Yes	No No	Alérgico Allergic
Ibuprofeno para calambres menstruales Ibuprofen for menstrual cramps	Sí Yes	No No	Alérgico Allergic
Ibuprofeno para dolor de cabeza, dolor de muelas o dolores menores Ibuprofen for headache, toothache or minor pain	Sí Yes	No No	Alérgico Allergic
Crema o loción para la picazón Anti-itch cream or lotion	Sí Yes	No No	Alérgico Allergic
Gotas para la tos Cough drops	Sí Yes	No No	Alérgico Allergic
Tums (antiácido para el malestar estomacal) Tums (antacid)	Sí Yes	No No	Alérgico Allergic

Autorizo al enfermero escolar del Departamento de Salud de Cincinnati o a la persona designada por las Escuelas Públicas de Cincinnati a administrar a mi hijo los medicamentos indicados para aliviar su malestar. Acepto indemnizar y mantener a salvo al Departamento de Salud de Cincinnati y a las Escuelas Públicas de Cincinnati y sus agentes de toda reclamación que pueda surgir como resultado de todas y cada una de las acciones que realicen de acuerdo con esta autorización. I give permission to the Cincinnati Health Department school nurse or Cincinnati Public Schools' designee to give my child the above-mentioned medications for comfort measures. I further agree to indemnify or hold harmless the Cincinnati Health Department or Cincinnati Public Schools and its agents from all claims as a result of any and all acts performed under this authority.

Firma del padre/tutor - Signature of Parent/Guardian

Fecha - Date

Nombre del padre/tutor (en letras de molde) - Parent/Guardian Name (Please Print)

¿Cómo podemos comunicarnos con usted durante el horario escolar? - How can we reach you during school hours?

Teléfono en su trabajo/Work Phone

Teléfono en su casa/Home Phone

Teléfono celular/Cell Phone

Radioaviso/Pager

Otro/Other

NOTA: Si su hijo sufre un problema crónico tal como diabetes, alergias graves, migrañas o anemia de células falciformes (drepanocítica), pida en la enfermería o en la oficina de la escuela un formulario de consentimiento médico individual y lléveselo al médico de su hijo para que lo complete y lo firme. - NOTE: If your child has a chronic medical condition such as diabetes, severe allergies, migraines, or sickle cell anemia, please have your child's physician complete and sign an individual medication consent form obtained from the school nurse or school office.

Over-the Counter Medication Record 2010-2011



FOR OFFICE USE ONLY: Fill in medication code, time and initials for each dose.

Student Name: _____

Age: _____ Weight: _____

AUGUST				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
2	3	4	5	6
9	10	11	12	13
16	17	18	19	20
23	24	25	26	27
30	31			

FEBRUARY				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
	1	2	3	4
7	8	9	10	11
14	15	16	17	18
21	22	23	24	25
28				

SEPTEMBER				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	

MARCH				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
	1	2	3	4
7	8	9	10	11
14	15	16	17	18
21	22	23	24	25
28	29	30	31	

OCTOBER				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
				1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

APRIL				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
				1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

NOVEMBER				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30			

MAY				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
2	3	4	5	6
9	10	11	12	13
16	17	18	19	20
23	24	25	26	27
30	31			

DECEMBER				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	31

JUNE				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	

JANUARY				
Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
3	4	5	6	7
10	11	12	13	14
17	18	19	20	21
24	25	26	27	28
31				

Medication Codes:

- A** = Acetaminophen for headache/other pain
- I** = Ibuprophen for menstrual cramps/other pain
- T** = TUMS for heartburn
- AI** = Anti-Itch Cream for skin itching

Signatures:

Initials _____
 Initials _____
 Initials _____

Signatures:

Initials _____
 Initials _____
 Initials _____