

**OKEECHOBEE COMPREHENSIVE SCHOOL HEALTH SERVICES PROGRAM  
PROGRAMA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE OKEECHOBEE SERVICIOS DE SALUD**

**Authorization to Administer Over-The-Counter (OTC) Medication**

**Autorización para Administrar Medicinas Venta Libre**

Some over-the-counter medications will be available in the school clinic. These medications will be given to those students with minor complaints who are otherwise in good health. It is necessary that we have written approval to give your child medication. This approval must be renewed each school year. If you would like to provide this approval, please have this form completed and signed, with all questions answered and returned to the school clinic.

*Algunas medicinas que no necesitan recetas (de venta libre) van a estar disponibles en la clínica de la escuela. Estas medicinas son para estudiantes en buen estado de salud con quejas menores. Autorización por escrito es necesario para poder dar estas medicinas. Esta autorización tiene que hacerse de nuevo cada año escolar. Si quiere dar su permiso, por favor de completar y firmar. Responda a cada pregunta y regrese este papel a la clínica de la escuela.*

1. Is your child allergic to any medication?  Yes/Sí  No  
*Es su hijo/es alérgico/a alguna medicina?*

If Yes, please list allergies:  
*Si es que sí, listas de alergias:* \_\_\_\_\_

2. Does your child have Asthma?  Yes/Sí  No  
*Su hijo/a tiene asma?*

3. Does your child have a condition that requires him/her to take medication every day? (Even if taken at home)  
*Su hijo/a tiene alguna condición que requiere que el/ella tome medicina cada día? (en la escuela y casa)*  
 Yes/Sí  No

If yes, please list the condition and the medication your child takes:  
*Si contesta que sí, explique la condición y medicina que su hijo/a toma:* \_\_\_\_\_

**Medications Available/Medicinas Disponibles**

- **Non-aspirin pain reliever/fever reducer** such as acetaminophen or ibuprofen to be used for minor aches and pains, headaches or menstrual cramps. Also for fever greater than 100.5.  
*Medicina sin aspirina como acetaminofén o ibuprofeno para dolores menores, dolor de cabeza, o dolores menstrual. También para fiebres más de 100.5.*
- **Antacid** such as calcium carbonate (Tums) for stomach aches or heartburn.  
*Antacido como (Tums) para acides o ardor estomacal.*
- **Topical antibiotic cream/ointment** for minor cuts and scratches.  
*Cremas/untura antibiótico topical para cortadas/rasguños, ect.*
- **Topical antipruritic** such as hydrocortisone cream/ointment for itchy spots.  
*Crema como calamine o hydrocortisone para comezon del cuerpo.*
- **Cough drops/throat lozenges** for cough or sore throat.  
*Pastillas para la tos o dolor de garganta*
- **Oral pain reliever** such as Oral-gel or Anbesol for toothache or mouth sores.  
*Aliviador como Oral-gel o Anbesol para dolor o llagas de la boca.*

**I hereby authorize the school health staff or other school personnel who have been trained in medication administration to administer the medication listed above to my child. (Please mark through any medication you do not wish your child to receive.) I understand that medications will be given according to manufacturer's label for the age and /or weight of my child.**  
***Yo doy la autorización al personal de salud de la escuela o a otro personal de la escuela que esté entrenando en la administración de medicinas a administrar medicinas que están en esta lista a mi hijo/a. (por favor marque sobre cualquier medicina que usted no quiere que tome su hijo/a.) Yo entiendo que la medicina se va dar a según los instrucciones de la compañía farmacéutica tocante la edad y peso de mi hijo/a***

Student's Name (Please Print)/Nombre de Estudiante (Letra de molde) \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature/Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Date Signed/Fecha Firmado \_\_\_\_\_ Cell Phone/Telefono Celula Home Phone/Telefono de Casa \_\_\_\_\_

Work Phone/Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Emergency Contact/Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Phone Number/Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Doctor/Medico \_\_\_\_\_ Phone Number/Telefono \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

Reviewed by School Nurse/Revisado por la enfermera de la escuela \_\_\_\_\_

**\*\*FOR OFFICE USE ONLY\*\***

**STOCK OVER THE COUNTER MEDICATION**

Medication Administration Record

Student Name: \_\_\_\_\_

Name of Medication	Dosage Given	Date and Time Administered	Initials

Persons Administering Medication:

Initials

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name(Print)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Initials

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name (Print)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_