



SCHOOL DISTRICT OF MONROE
CONSENT FOR OVER-THE-COUNTER MEDICATIONS for ALL schools

STUDENT NAME _____ Graduation Year _____

Tylenol and Ibuprofen (generic) will be available in the health offices. If you prefer to send a bottle of Tylenol or Ibuprofen in the original container with your child's name on it, that is acceptable also. Please, no envelopes or plastic bags. Please sign initials and signature below if you give permission for your child to have these OTC medications. **If we do not have a form on file, we cannot give any over the counter medications.** We are not able to apply sunscreen or bug spray at school. Please apply at home if needed.

Medication & Dosage	Directions	Reason for Medication Use	Parent Initials
Tylenol	As directed per age/weight on the medication package.	Headache, cramps, sprain, muscle aches, toothache, braces discomfort or other:	
Ibuprofen	As directed per age/weight on the medication package.		
Benadryl	As directed per age/weight on the medication package.	Allergic Reaction	
Calamine Lotion	As directed per age/weight on the medication package.	Bug bites, hives	
Sting Relief (contains lidocaine)	As directed per age/weight on the medication package.	Bee stings	
This consent will be good for each year during the grades of K-12 if parent initials here, but may be discontinued per parent request at any time.			

I give my permission for school personnel to give the above medication as directed. I understand I may be contacted to verify last dose to avoid overdose.

OR

I give my child permission to carry & self-administer the above medication.
(Middle & High School only if you are now allowing your child to self-carry; a change from previously a NEW form needs to be filled out.)

If you give permission to self carry the office will **not** supply medication. We are unable to verify when the last dose was administered and need to avoid a possibility of overdose.

I do NOT want any medication administered to my child at school.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ Date _____

OTC Medication Log

Date	Time	Medication	Reason	Initial	Comments



DISTRITO ESCOLAR DE MONROE
CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS
DE VENTA LIBRE para TODAS las escuelas

ESTUDIANTE _____ AÑO DE GRADUACIÓN _____

Tylenol como Ibuprofen (genérico) estarán disponibles en las oficinas de salud. Si prefiere enviar una botella de Tylenol o Ibuprofen en el envase original con el nombre de su hijo, también es aceptable. Por favor, nada de sobres ni bolsas de plástico. Firme con sus iniciales y su firma a continuación si da permiso para que su hijo tenga estos medicamentos de venta libre. **Si no tenemos un formulario archivado, no podemos dar ningún medicamento de venta libre.** No podemos aplicar protector solar o repelente de insectos en la escuela. Solicite en casa si es necesario.

Medicamentos y dosis	Direcciones	Motivo del uso de medicamentos	Iniciales de los padres
Tylenol	Según lo indicado por edad/peso en el paquete del medicamento.	Dolor de cabeza, calambres, esguinces, dolores musculares, dolor de muelas, molestias con ortodoncia u otros:	
Ibuprofeno	Según lo indicado por edad/peso en el paquete del medicamento.		
Benadryl	Según lo indicado por edad/peso en el paquete del medicamento.	Reaccion alergica	
Calamine Lotion	Según lo indicado por edad/peso en el paquete del medicamento.	Picaduras de insectos y urticaria	
Sting relief (contains lidocaine)	Según lo indicado por edad/peso en el paquete del medicamento.	Las picaduras de abeja	
Este consentimiento será válido para cada año durante los grados de K-12 si los padres escriben sus iniciales aquí, pero puede suspenderse por solicitud de los padres en cualquier momento.			

Doy mi permiso para que el personal de la escuela administre el medicamento anterior según las indicaciones. Entiendo que me pueden contactar para verificar la última dosis para evitar una sobredosis.

O

Doy permiso a mi hijo para llevar y autoadministrarse el medicamento anterior. (Escuela secundaria y preparatoria solo si ahora permite que su hijo se cargue solo; un cambio con respecto al anterior debe completarse un formulario NUEVO).

Si da permiso para que lo lleve usted mismo, la oficina no suministrará medicamentos. No podemos verificar cuándo se administró la última dosis y debemos evitar la posibilidad de una sobredosis.

NO deseo que se administre ningún medicamento a mi hijo en la escuela.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR _____ Fecha _____

Registro de medicamentos de venta libre

Fecha	Tiempo	Medicamento	Razón	Inicial	Comentarios

