

## CHRISTUS School Based Clinics

### Parent's Permission for Administration of Over-the-Counter Medications

*Please note: All medications should be given outside of school hours when possible. Only the medication needed to keep a student comfortable and remaining in school will be given.*

Medications will be given at school only under the following condition:

1. The consent form has been **fully** completed by the parent/guardian.
2. Only those school personnel who have successfully completed the training provided by a CHRISTUS School Based Clinic Nurse Practitioner will be authorized to dispense the over-the-counter medications listed below.
3. If medication is provided, the parent/guardian will be contacted by phone as indicated by a child's emergency procedure card OR a note will be sent home documenting the administration of any non-prescription medication at school.
4. The medications will be supplied by CHRISTUS School Based Clinics and kept in their original containers. They will be stored in a locked cabinet/drawer at the school clinic.

#### **Below is a list of the over-the-counter medications.**

- Acetaminophen (e.g. Tylenol) - for pain or fever greater than 100.4
- Bacitracin Ointment - for cuts/lacerations
- Benadryl- for minor allergic reactions
- Bismouth (e.g. Pepto-Bismol)- for upset stomach
- Chloroceptic Lozenge- for throat discomfort
- Hydrocortisone 1% Cream- for minor skin irritations
- Ibuprofen (e.g. Motrin, Advil)- for pain or fever greater than 100.4
- Maalox Children's Relief- for upset stomach, and/or gas
- Normal Saline Nasal Spray – for nasal congestion/stuffiness

**\*\*\*IMPORTANT:** *If there is a medication listed above that you do **not** wish your child to receive, please **strike a line through the medication**.*

I hereby grant permission for the school nurse or other trained school personnel to administer any of the over-the-counter medications listed above to my child as appropriate.

**Print Student's Name & Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Any known drug allergies:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Print Name of Parent/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian & Date**

## CHRISTUS School Based Clinics

### Permiso de los padres para la Administración de Medicina sin receta

*Tenga en cuenta: Todos los medicamentos se debe dar fuera del horario escolar cuando sea posible. Sólo el medicamento necesario para mantener a los estudiantes cómodo y permanecer en la escuela será dado.*

Se administrarán medicamentos en la escuela sólo bajo la siguiente condiciones:

1. El formulario de consentimiento ha sido **completado** por el padre o guardian.
2. Sólo miembros del personal de la escuela que han completado con éxito la formación impartida por una enfermera practicante de CHRISTUS School Based Clinics será autorizado para dispensar los medicinas sin receta que aparecen abajo
3. Si el medicamento se proporciona, el padres o guardian será notificado por teléfono, según lo indicado en la tarjeta de procedimiento de emergencia del niño o se enviara una nota al hogar indicando las medicinas sin receta que se le dieron al niño en la escuela.
4. Los medicamentos serán suministrados por CHRISTUS School Based Clinics y se mantendran en sus envases originales. Ellos serán almacenados en un armario o en un cajón cerrado con llave en la clínica de la escuela.

#### **A continuación se muestra una lista de los medicamentos sin receta.**

- Acetaminofeno (por ejemplo Tylenol) - para el dolor o fiebre mayor de 100.4
- Bacitracina pomada - para los cortes, laceraciones
- Benadryl para reacciones alérgicas menores
- Bismouth (por ejemplo, Pepto-Bismol) - para el malestar estomacal
- Pastilla Chloraseptic por molestias en la garganta
- Hidrocortisona al 1% crema para las irritaciones menores de la piel
- Ibuprofeno (por ejemplo, Motrin, Advil) - para el dolor o fiebre mayor de 100.4
- Maalox Children's Relief - para malestar del estomomago y / o gas
- Solución salina normal - para la congestión nasal

\*\*\* ***IMPORTANTE***: Si hay un medicamento antes mencionado **que no** desea que su niño reciba, por favor, **trace una línea a través de la medicación.**

Yo autorizo a la enfermera escolar u otro personal escolar capacitado para administrar cualquiera de los medicamentos sin receta antes medicamentos a mi hijo/a segun sea apropiado.

**Estudiante en letra de molde y Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Cualquier alergia a medicamentos conocidos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del padre / guardian

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardian y fecha