

Over-the-Counter Products Parent/Guardian Authorization Form



Dear Parent/Guardian,

The products listed below have been approved by the Orange Unified School District to be administered to students during the school day. **Please complete this form if you authorize** the school nurse or other designated unlicensed personnel to administer these products to your child during the school day.

Please check the appropriate box below to indicate your permission
for the listed products to be administered to your child.

YES	NO	MEDICATION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol, Isopropyl (Clean/Disinfect)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hydrogen Peroxide 3% (Antiseptic)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibacterial Ointment Cream (Minor Cuts/Scrapes)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bee Sting Swabs/Wipes (Itch/Pain Relief)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eucerin/Lubriderm (Rehydrating Dry Skin)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salt Water Gargle (Minor Sore Throat)*

* To be provided by School

** To be provided by Parent/Guardian

YES	NO	MEDICATION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye Wash (To Flush Eye)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Petroleum Jelly (Lubrication)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non-Medicated Throat Lozenges/Hard Candy (Throat Irritation)**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non-Medicated Lip Balm (Chapping)**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contact Lens/Saline Solution (Rinsing Lenses)**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dental Wax (Relieves Oral Irritation)**

Student Last Name	Student First Name	Grade	Student Date of Birth
-------------------	--------------------	-------	-----------------------

I request that my child (named above) be assisted by authorized persons in the administration of the above listed Over-the-Counter products in compliance with established policies and procedures.

Parent/Guardian Signature _____ Phone _____ Date _____

Medicamentos Sin Receta Formulario de Autorización de Padres/Tutores

Estimado Padre/Tutor,

Los siguientes productos han sido aprobados por el Distrito Escolar Unificado de Orange para poder ser administrados a los estudiantes durante el horario escolar. **Complete este formulario para autorizar** a la enfermera u otro personal escolar designado para administrar estos productos a su hijo/a durante horas escolares.

Favor de seleccionar la casilla apropiada para otorgar su permiso
de administrar a su hijo/a el producto indicado.

SI	NO	MEDICAMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol, Isopropilico (Limpiar/Desinfectar)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peróxido de Hidrógeno 3% (Antiséptico)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ungüento Antibacterial (Cortadas Leves/Raspaduras)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toallitas para Picadura de Abeja (Alivio Para Comezón /Dolor)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eucerin/Lubriderm (Humectante Para Piel Seca)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agua Salada Para Gárgaras (Leve Dolor de Garganta)*

* Proveído Por La Escuela

** Proveído Por Los Padres/Tutores

SI	NO	MEDICAMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solución Para el Lavado de Ojos (Irrigar el Ojo)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaselina (Lubricación/Humectante)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas para Garganta Sin Receta/Dulce Duro (Irritación de Garganta)**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pomada Sin Receta para Humectar Labios Partidos**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solución Salina para Lentes de Contacto (Enjuague de pupilentes)**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cera Dental (Alivia la Irritación Oral)**

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Grado	Fecha de Nacimiento
-------------------------	------------------------------	-------	---------------------

Yo pido que a mi hijo/a previamente mencionado/a, se le administren los medicamentos sin receta mencionados anteriormente por una persona autorizada, de acuerdo con lo establecido por las pólizas y procedimientos.

Firma del Padre/Tutor _____ Teléfono _____ Fecha _____