

AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

**PARENT'S CONSENT FOR GIVING NON-PRESCRIPTION
(OVER THE COUNTER) MEDICATION AT SCHOOL**

I hereby request and give my consent for the school nurse to see that my child, _____,
receives medication for the period from _____ to _____.

The medication is to be furnished by me in the original container and is to be labeled with and given in the following manner:

1. Name of medication: _____
2. Route of administration (by mouth, etc.): _____
3. Amount to be given: _____
4. Time of day to be taken: _____
5. Expected duration of treatment: _____
6. Indication (reason) for medication: _____

Signature (Parent/Guardian)

Date

Comments:

THE SCHOOL MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY IN WRITING OF ANY CHANGE IN MEDICATION.

DISTRITO ESCOLAR AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL

**AUTORIZACION DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR EN LA ESCUELA
MEDICINA NO PRESCRITAS (OBTENIDAS DE LOS ESTANTES)**

Yo por lo tanto pido y doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela le de mi hijo/a, _____
_____, medicina por un periodo del _____ al _____.

La medicina debe venir de mi parte en el envase original y debe tener la especificación de administrarse de la siguiente forma:

1. Nombre del medicamento: _____
2. Como debe administrarse (oral, etc.): _____
3. Cantidad a darle: _____
4. A qué hora del día se le debe dar: _____
5. Por cuanto tiempo dura el tratamiento: _____
6. Razón por la cual se le administra la medicina: _____

Firma (Padre/Apoderado)

Fecha

Comentarios:

SE LE DEBE NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A LA ESCUELA POR ESCRITO DE CUALQUIER CAMBIO DE MEDICAMENTO.