

OVER -THE-COUNTER MEDICATION CONSENT FORM

TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN: *Parent/guardian signature is required for over-the-counter medication administration. Authorized school personnel must document medication they administer. Each medication requires a separate form. Authorization of this form is not to exceed the current school year, including field trips and summer school.*

Student Name:	DOB:
School:	Grade:
Medication Name:	Reason for medication:
Dose:	Frequency/Times:
Start Date:	Possible Side Effects:
Additional Info:	

PARENT/GUARDIAN, please CHECK ONE:

Over-the-Counter Medication Administered By Authorized School Personnel

- I give my permission to authorized school personnel to administer to my child the over-the-counter medication listed above according to directions provided on this form. I agree to hold the Waunakee Community School District and authorized staff harmless in any events arising from the administration of this medication. I agree to notify the school in writing of any changes in the above order.*

Over-the-Counter Medication Is To Be Self-Administered By The Student

- This over-the-counter medication will be self-administered. I have reviewed the proper method of administration (storage of medication, dosage, date(s) and time(s) to be taken, and possible side effects) with my child. I request my child be able to carry and self-administer this medication independently. I understand the school district does not accept any responsibility for the self-administration of over-the-counter medication, including, but not limited to, the administration, supervision, or documentation thereof.*

Parent/Guardian Signature:	Date:
Telephone:	Telephone:

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTO SIN RECETA

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR: *Se requiere la firma del padre/madre/tutor para todos la administración de medicamentos sin receta. El personal autorizado de la escuela debe documentar los medicamentos que administran en el registro/diagrama de flujo. Cada medicamento requiere una hoja aparte. La autorización de este formulario no debe exceder el año escolar en curso, incluidas las excursiones y la escuela de verano.*

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:
Nombre del medicamento:	Motivo de la medicación:
Dosis:	Frecuencia/Horario:
Fecha de inicio:	Posibles efectos secundarios:
Información adicional:	

PADRE/MADRE/TUTOR, por favor MARQUE UNA:

Medicamento sin receta administrado por personal autorizado de la escuela

- *Doy mi permiso al personal autorizado de la escuela para administrar a mi estudiante el medicamento sin receta mencionado anteriormente, de acuerdo con las instrucciones proporcionadas en este formulario. Estoy de acuerdo en eximir de toda responsabilidad al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee y al personal autorizado en cualquier evento que surja de la administración de este medicamento. Estoy de acuerdo en notificar por escrito a la escuela sobre cualquier cambio en la orden anterior.*

Medicamento sin receta autoadministrado por el estudiante

- *Este medicamento sin receta será autoadministrado. He revisado el método de administración adecuado (almacenamiento del medicamento, dosis, fecha(s) y horario(s) a ser administrado y posibles efectos secundarios) con mi estudiante. Solicito que mi estudiante pueda tener y autoadministrarse este medicamento de manera independiente. Entiendo que el distrito escolar no acepta ninguna responsabilidad por la autoadministración de un medicamento sin receta, incluyendo, pero no limitado a, la administración, supervisión y documentación del mismo.*

Firma del padre/madre/tutor	Fecha
Teléfono	Teléfono