

# 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 \_\_\_\_\_