

OVER-THE-COUNTER MEDICATION PERMISSION FORM

September 1, 2022 through August 31, 2023

PARENT/GUARDIAN: Please complete, sign and return this form via Genesis.

Student's Name _____ Student's Date of Birth _____

Medical History _____

Allergies _____

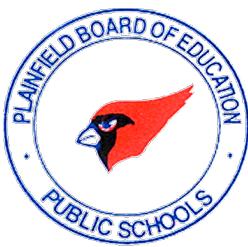
I hereby give permission to The Plainfield Public School District (The Board of Education of Plainfield) to administer the medications listed below to the above-named student, as designated in The Plainfield Public School District Standing Orders issued by the school physician. I am aware this medication will be given one time only and does not substitute the need for my child to possibly go home. This is based on the advisement of the school nurse.

Routine First Aid	Non-routine First Aid
Saline eye wash	Tylenol or Ibuprofen (ONLY for a temperature of 100.4 or above, menstrual cramps, toothache or mild headache)
Bacitracin	Benadryl (ONLY for allergic reactions)
Caladryl	Anbesol/Orajel
Vitamin A & D Ointment	
Sting Kill Wipes	
Bactine	
Burn gel	

I agree that The Plainfield Public School District and its employees are not to be held liable for giving medicine in accordance with this Authorization. I agree to hold harmless and indemnify The Plainfield Public School District and all of its employees against any and all claims, damages, expenses, attorney's fees, suits, cause or causes of action which may be brought against the District or its employees in connection with giving such medicine. This Authorization shall be effective unless revoked by me in writing. I intend to be legally bound by this Authorization.

Parent/Guardian Signature

Date



FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTOS SIN RECETA

1 de septiembre de 2022 al 31 de agosto de 2023

PADRE/TUTOR: Por favor complete, firme y devuelva este formulario a través de Genesis.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Historial Médico _____

Alergias _____

Por la presente doy permiso al Distrito de Escuelas Públicas de Plainfield para administrar los medicamentos que se enumeran a continuación al estudiante mencionado anteriormente, según lo designado en las Ordenes Permanentes del Distrito de Escuelas Públicas de Plainfield emitidas por el médico de la escuela. Soy consciente de que este medicamento se administrara una sola vez y no sustituye la necesidad de que mi hijo se vaya a casa. Esto se basa en el asesoramiento de la enfermera de la escuela.

Primeros auxilios de rutina	Primeros auxilios no rutinarios
Lavado de ojos salino	Tylenol o Ibuprofeno (SOLO para una temperatura de 100.4 o más, calambres menstruales, dolor de muelas)
Bacitracina	Benadryl (ONLY for allergic reactions)
Caladryl	Anbesol/Orajel
Ungüento de vitamina A y D	
Toallitas Sting Kill	
Bactina	
Gel para quemaduras	

Acepto que el Distrito de Escuelas Públicas de Plainfield y sus empleados no serán responsables de dar medicamentos de acuerdo con esta Autorización. Acepto eximir de responsabilidad e indemnizar al Distrito de Escuelas Públicas Demandante y a todos sus empleados contra todas y cada una de las reclamaciones, daños, gastos, honorarios de abogados, demandas, causa o causas de acción que puedan presentarse contra el Distrito o sus empleados en relación con la entrega de dichos medicamentos. Esta Autorización será efectiva a menos que yo la revoque por escrito. Tengo la intención de estar legalmente obligado por esta Autorización.

Firma del padre/tutor

Fecha