



NEW HANOVER COUNTY

HEALTH & HUMAN SERVICES

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401

Health | P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | NHCgov.com
Social Services | P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7824 | NHCgov.com

Donna Fayko, M.Ed, Director

David G. Howard, MPH, Director Public Health | Tonya Jackson, MBA, Director Social Services

OVER-THE-COUNTER MEDICATION PARENTAL PERMISSION FORM

- Medications below must be in an **unopened original container**
- Not to exceed **ONE dose** daily

List of Approved Over-the-Counter Medications That May Be Administered:

1. Tylenol Regular Strength (325mg) or Generic for pain: *Follow recommended package dose*
2. Tums / Maalox / Rolaids or Generic: *Follow recommended package dose*
3. Antibiotic Ointment
4. Calamine Lotion
5. Hydrocortisone Cream
6. Anbesol/Orajel or Generic
7. Sunscreen (*must be OTC and non-aerosol*): *Grades K-12 may carry on person*
8. Advil/Motrin or Generic for pain: *Follow recommended package dose; Take with Food*
(EXCEPTION: FOR STUDENTS OVER 96 LBS MAY ADMINISTER (2) 200MG TABS=400MG)

ADDITIONAL OTC MEDICATIONS FOR STUDENTS OVER AGE 12 ONLY:

1. Aleve or Generic for pain: *Follow recommended package dose; Take with Food*
2. Tylenol Extra Strength (500mg) or generic for pain: *Follow recommended package dose*

Student: _____ Date of Birth: _____ Purpose: _____

Medication: _____ Dose/Route: _____

Parent/Guardian Signature

Daytime Phone

Date

RN Signature

Date



NEW HANOVER COUNTY

HEALTH & HUMAN SERVICES

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401

Health | P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | NHCgov.com
Social Services | P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7824 | NHCgov.com

Donna Fayko, M.Ed, Director

David G. Howard, MPH, Director Public Health | Tonya Jackson, MBA, Director Social Services

FORMA DE AUTORIZACION DE LOS PADRES PARA MEDICAMENTOS SIN RECESTA MÉDICA

- El medicamento debe de estar en el contenedor (frasco) sellado original
- No pasar de una dosis diaria.
- Note las **EXCEPCIONES** abajo

Lista de medicamentos comprados sin receta médica que son aprobados:

- ▶ **Aleve** o genérico, para el dolor, con la dosis recomendada en el paquete. **EXCEPCIONES:** PARA MAYORES DE 12 AÑOS SOLAMENTE: DEBE TOMARSE DESPUES DE COMER
- ▶ **Advil/Motrin** o medicamento genérico, para el dolor, la dosis recomendada en el paquete-. **EXCEPCION:** Mas de 96 libras: puede administrarse 2 tabletas=400mg; tomársela después de comer.
- ▶ **Tylenol** o medicamento genérico, para el dolor, la dosis recomendada en el paquete.
- ▶ **Tums / Maalox / Roloids** o Medicamento antiácido generico, la dosis recomendada en el paquete
- ▶ **Pomada de antibiótico**
- ▶ **Loción Calamine**
- ▶ **Crema de Hidrocortisona**
- ▶ **Anbesol / Orajel** o genérico
- ▶ **Protector Solar:** debe ser sin receta médica y non-aerosol. Grados de K al 12 puede cargarlo la persona.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RAZON: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ DOSIS: _____

(NO DEBE EXCEDERSE DE MAS DE UNA DOSIS DIARIA)

COMO SE DEBE DE TOMAR ESTE MEDICAMENTO: _____

Puede el empleado administrar este medicamento? ☐ Si ☐ No

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

NUMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA Fecha

RN Signature

Date