



Student Services Division of School Nurses

P.O. Box 1708 • Athens, Georgia 30603 • Phone (706) 546-7721, ext. 20752 • Fax (706) 353-1513

AUTHORIZATION TO CARRY OVER-THE-COUNTER MEDICATION

Complete this form to allow Middle and High School Students to carry certain over-the-counter (OTC) medications. Students (grades 6-12) may carry certain OTC medications: Tylenol, Acetaminophen, Motrin, Advil, Ibuprofen, Midol, Aspirin, antacids, cough and throat lozenges and oral antihistamines. All prescription medications (except lozenges), antihistamines, and (OTC) medication not listed above shall be kept in the clinic. The student and parent/guardian will be responsible for the following:

1. Obtaining, reading, and signing this written permission form before the student is allowed to carry the medication.
2. Ensuring the medication is in its original container and legibly labeled with the student's full name.
3. Reminding the student he/she is not permitted to give his/her medication to other students.
4. Ensuring that the School Nurse has a copy of this signed permission form on file in the clinic and the student carries a copy of the signed form with the medication.

Student: _____

Name of Medication: _____

I hereby release and discharge and further agree to indemnify, hold harmless, or reimburse the Clarke County Board of Education, the Clarke County School district, its employees, agents, representatives, and all other officials, from any and all claims, actions, suits, losses, costs, expenses, and liabilities in case of accident or any other mishap because of negligence in administering such medication or because of side effects, illness or any other injury which might occur to my child through administering such medication. And, I hereby release said aforementioned board, district, employees and officials from any liability, suit or claims of whatever nature and kind, which might arise as a result of administering the medication in accord with this request. I accept legal responsibility for my child should the above medication be lost, given, or taken by a person other than the above named student. If this should happen, the privilege of carrying medication will be revoked. I further release the Clarke County School District and its employees of any legal responsibility when the above students administer his/her own medication.

Date

Signature of Parent/Guardian

I understand how much and when to take the above named medication. I will not allow another student to take my medication under any circumstances. I also understand that should another student take my medication, the privilege of carrying my own medication shall be taken away and I will be subject to the consequences specified in the code of conduct.

Date

Signature of Student

I have seen the above labeled medication bottle and have a copy of this permission form.

Date

Signature of School Nurse



Servicios Estudiantiles División de Enfermería

P.O. Box 1708 • Athens, Georgia 30603 • Teléfono (706) 546-7721, ext. 20752 • Fax (706) 353-1513

AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Complete este formulario para permitir que los estudiantes de escuelas intermedias y superior puedan traer ciertos medicamentos de venta libre. Los estudiantes (grados 6-12) pueden llevar ciertos medicamentos de venta libre: Tylenol, Acetaminophen, Motrin, Advil, Ibuprofen, Midol, aspirina, antiácidos, pastillas para la tos y la garganta y antihistamínicos orales. Todos los medicamentos recetados (excepto las pastillas), los antihistamínicos y los medicamentos de venta libre no mencionados anteriormente se mantendrán en la clínica. El estudiante y el padre/tutor serán responsables por lo siguiente:

1. Obtener, leer y firmar este formulario de permiso por escrito antes de que el estudiante pueda llevar el medicamento.
2. Asegurarse de que el medicamento esté en su envase original y etiquetado de forma legible con el nombre completo del estudiante.
3. Recordarle al estudiante que no es permitido dar su medicamento a otros estudiantes.
4. Asegurarse de que el enfermero escolar tenga una copia de este formulario firmado archivada en la clínica y que el estudiante lleve una copia del formulario firmado con el medicamento.

Estudiante: _____

Nombre del Medicamento: _____

Por la presente, libero, exonero, indemnizo o reembolso a la Junta de Educación del Condado Clarke, al Distrito Escolar del Condado Clarke, sus empleados, agentes, representantes y todos los demás funcionarios de cualquier reclamo, acción, demanda, pérdidas, costos, gastos y responsabilidad en caso de accidente debido a negligencia en la administración de dicho medicamento o a causa de efectos secundarios, enfermedad o cualquier otra lesión que pueda ocurrirle a mi hijo(a) a través de la administración de dicho medicamento. Y, por la presente libero a la mencionada junta, distrito, empleados y funcionarios de cualquier responsabilidad, demanda o reclamo de cualquier tipo y naturaleza que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con esta solicitud. Acepto la responsabilidad legal si la medicación anterior se pierde, se da a otra persona, o se toma por una persona que no sea el estudiante mencionado anteriormente. Entiendo que si esto sucediera, el privilegio de llevar el medicamento podría ser revocado. Dejo en libertad al Distrito Escolar del Condado Clarke y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal cuando el estudiante nombrado anteriormente administre su propia medicación.

Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____

Entiendo la cantidad y cuándo se toma el medicamento antes mencionado. Bajo ninguna circunstancia permitiré que otro estudiante use mi medicación. También entiendo que estaré sujeto a las consecuencias del código de conducta, y que podré perder el privilegio de llevar mi propio medicamento, si otro estudiante usa mi receta.

Fecha _____

Firma del Estudiante _____

He visto el frasco etiquetado del medicamento mencionado anteriormente y tengo una copia de este formulario.

Fecha _____

Firma del Enfermero(a) Escolar _____