HEALTH SERVICES DIVISION
David Cusick, BS, RN, EMT-P Managing Director

# Standing Order Medication/Treatment Permission

SCHOOL: _____ SCHOOL YEAR:_____

STUDENT NAME: _____DATE OF BIRTH: _____GRADE:_____

ALLERGIES (medication, food, insects/bees, other): ❑ NO ❑ YES (If yes, please list allergies):_____

Describe reaction(s): _____

The following medications are provided by the school/program and may be administered to students with parent/guardian initials/signature:

| Parent/Guardian Initials | Condition | Treatment |
|---|---|---|
| | Pain or Fever | Acetaminophen, Dose Per Package (max 650 mg) |
| | Pain or Fever | Ibuprofen, Dose Per Package (max 400 mg) |
| | Dry Skin/dry lips | Unscented skin lotion, petroleum ointment |

.

Parent Name (print):_____ Date: _____

Parent Signature: _____Phone: _____

Barbara Ziogas MD, CREC Medical Advisor: Ziogas MD _____

4-13 AD;BZ // 3-14 AD: BZ // 5-14 AD; BZ // 5-15 DC; BZ

# Permiso de tratamiento/medicación de orden permanente

ESCUELA: _____ AÑO ESCOLAR: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

ALERGIAS: (medicamentos, alimentos, insectos / abejas, otros): SI ❑ No ❑ (En caso afirmativo, enumere las alergias): _____

Describa la(s) reacción(es): _____

Los siguientes medicamentos son proporcionados por la escuela/programa y pueden administrarse a los estudiantes con el permiso de los padres/tutores. Por favor escriba sus iniciales:

| Iniciales Padres/Tutores | Condición | Tratamiento |
|---|---|---|
| | Dolor o fiebre | Acetaminofén, dosis por paquete (máx 650 mg) |
| | Dolor o fiebre | Ibuprofeno, dosis por paquete (máx 400 mg) |
| | Piel seca / labios secos | Lociones para la piel sin perfume, pomada de petróleo |

Nombre del Padre/Tutor (impresión): _____

Número del teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____/_____/_____

*Barbara Ziogas MD, CREC Medical Advisor:* Ziogas MD _____

4-13 AD;BZ // 3-14 AD: BZ // 5-14 AD; BZ // 5-15 DC; BZ