

Please cross out any medication that may NOT be given to your child by the School Nurse.

Por favor marque cualquier medicina que NO debe ser administrado a su niño por el/la enfermero/a de la escuela.

- Tylenol _____ Ibuprofen _____ Midol _____ Tums/Rolaids _____ Blistex/Vaseline _____
- Throat Lozenges/Pastillas para la garganta _____ Oral Anesthetic/Anestésico oral - Orabase, Anbesol _____
- Eye wash, Contact solution/Enjuague para ojos, lentes de contacto _____
- Antibiotic Ointment/Pomada antibiótica _____
- Wound Antiseptic, Skin Cleanser/Antiséptico de heridas, Limpiador de piel _____
- Topical Analgesics: Sting/Pain/Itch Reliever (Aloe, Hydrocortisone 1%, Sting Kill, Calamine), Sunscreen _____
- Analgesicos Tópicos: Calmante de picaduras/dolor/comezón (Aloe, Hydrocortisone 1%, Sting Kill, Calamine), Protector solar

Does your child have any of the following conditions?/ ¿Su hijo/a tiene alguna de las siguientes condiciones?

YES / Sí NO

- Would you like to schedule a meeting with the School Nurse? _____
- ¿Quisiera hacer cita con el/la enfermero/a de la escuela? _____
- Serious accidents/injuries/operations. Accidentes/heridas/operaciones serias _____
- Head Injury/Concussion. Herida en la cabeza/convulsión cerebral _____
- Allergies. Alergias _____
- Asthma. Asma _____
- Hearing issues. Problemas de audición _____
- Vision issues. Problemas de visión _____
- Heart/Lung problems. Problemas del Corazón o pulmones _____
- Epilepsy/Seizure Disorder. Epilepsia/transtorno convulsivo _____
- Attention Deficit Disorder/Hyperactivity. Trastorno de déficit de atención/Hiperactividad. _____
- Medication. Medicamentos. _____
- Other. Otro. _____

If you marked YES, please explain. Si marcó que sí, por favor explique:

Home Language/*Idioma en casa*: ___English/*Inglés* ___Spanish/*Español* ___Other/*Otro*: _____

Signature/*Firma* _____

Date/*Fecha* _____