Child’s Name Parent/Guardian’s Name: \_

SUNSCREEN

* I give my permission for the staff at Adams County Head Start (ACHS) to assist with applying or apply sunscreen to my child's exposed skin including the face, tops of ears and bare shoulders, arms, legs and feet 30 minutes before outdoor activities. The sunscreen ACHS will provide will be tear free and non-irritating with a minimum SPF of 15. Sunscreen will not be applied to any broken skin or if a skin reaction has been observed. Any skin reaction observed by staff will be reported promptly to the parent/guardian via a completed incident report.
* I DO NOT give permission for the ACHS staff to apply sunscreen to my child while my child attends pre-school at Adams County Head Start.
* I will provide my own sunscreen in the original container with a clearly visible label to the classroom staff to apply to my child 30 minutes prior to outdoor activities to my child’s exposed skin including the face, tops of ears and bare shoulders, arms, legs and feet within 30 minutes before outdoor activities. The sunscreen I provide will have a minimum SPF 15 and will be within the noted expiration date as stated on the label. I will mark my child’s first and last name on the bottle and this will remain in the classroom for the ACHS staff to apply 30 minutes prior to outdoor activities. My child any not use any sunscreen other than the one I bring and label for him/her.

Sunscreen provided: Expiration Date:

Parent/Guardian Signature ( - ): Date:

 School Year

Parent/Guardian Signature ( - ): Date:

 School Year

|  |
| --- |
|  |

MOISTURIZING LOTION/CREAM/BALM, or any other topical product

I give my permission for the staff at Adams County Head Start (ACHS) to assist with applying or apply a topical product to my child that AND my child’s prescribing doctor has provided written permission to apply. I understand that Head Start will purchase the product, as recommended by my child’s doctor, in the original over the counter container labeled with my child’s name. If this is a prescribed product, I understand that I will be responsible for receiving the prescribed product from the pharmacy as well as bring this to my child’s Head Start. Topical products will not be applied to any broken skin or if a skin reaction has been observed. Any skin reaction observed by staff will be reported promptly to the parent/guardian via a completed incident report.

Name of product prescribed by doctor: Special instructions, per doctor:

Parent/Guardian Signature: Date:

|  |
| --- |
|  |

DIAPER OINTMENT/CREAM

I give my permission for the staff at Adams County Head Start (ACHS) to apply over the counter diaper rash ointment/cream to my child. I understand that I may only provide diaper ointment or cream, free of antibiotic, antifungal or anti-inflammatory components without a written prescription from my doctor. I understand I must provide the ointment/cream in the original over the counter container labeled with my child’s name. Ointment/cream will not be applied to any broken skin or if a skin reaction has been observed. Any skin reaction observed by staff will be reported promptly to the parent/guardian via a completed incident report.

* Name of product: Special instructions:

Parent/Guardian Signature: Date:

Nombre del menor Nombre del padre, madre o tutor:

PROTECTOR SOLAR

* Autorizo al personal de Adams County Head Start (ACHS) a aplicar protector solar sobre la piel expuesta al sol de mi hijo, en particular el rostro, la parte superior de las orejas y los hombros, brazos, piernas y pies unos 30 minutos antes de realizar actividades al aire libre. El protector solar aplicado por ACHS no irritará los ojos ni otras partes del cuerpo y tendrá un factor de protección solar mínimo (SPF) de 15. No se aplicará protector solar sobre heridas o si se ha observado una reacción cutánea adversa. Si el personal observa una reacción cutánea, se le notificará rápidamente al padre, madre o tutor mediante un informe de incidente.
* NO autorizo al personal de ACHS para aplicar protector solar sobre la piel de mi hijo mientras realice actividades pre-escolares organizadas por Adams County Head Start.
* Mi hijo llevará su propio protector solar en su envase original con una etiqueta visible para que el personal de la clase lo aplique sobre la piel expuesta al sol de mi hijo, en particular el rostro, la parte superior de las orejas y los hombros, brazos, piernas y pies unos 30 minutos antes de realizar actividades al aire libre. El protector solar que llevará mi hijo tendrá un SPF mínimo de 15 y no estará vencido. Anotaré el nombre y apellido de mi hijo en el envase, el cual quedará en el salón de clase para que el personal de ACHS lo aplique unos 30 minutos antes de comenzar las actividades al aire libre. No sé le podrá aplicar otro protector solar que no sea el que haya llevado y el que se haya etiquetado con su nombre y apellido.

Protector solar suministrado: Fecha de vencimiento:

Firma del padre, madre o tutor ( - ): Fecha:

 Año escolar

Firma del padre, madre o tutor ( - ): Fecha:

 Año escolar

|  |
| --- |
|  |

CREMAS Y LOCIONES HUMECTANTES y demás productos de uso tópico

Autorizo al personal de Adams County Head Start (ACHS) a aplicar productos de uso tópico sobre la piel de mi hijo Y tengo la autorización por escrito del médico de mi hijo para aplicar dichos productos. Entiendo que Head Start comprará el producto, de acuerdo con las instrucciones del médico, en el envase original y que se le pondrá una etiqueta con el nombre de mi hijo. Si se trata de un producto recetado, entiendo que será mi responsabilidad recibir dicho producto de la farmacia y llevarlo al centro Head Start de mi hijo. No se aplicarán productos de uso tópico sobre heridas o si se ha observado una reacción cutánea adversa. Si el personal observa una reacción cutánea, se le notificará rápidamente al padre, madre o tutor mediante un informe de incidente.

Nombre del producto recetado por el médico: Instrucciones especiales del médico:

Firma del padre, madre o tutor: Fecha:

|  |
| --- |
|  |

CREMA O POMADA PARA TRATAR LA DERMATITIS DEL PAÑAL

Autorizo al personal de Adams County Head Start (ACHS) para aplicar crema o pomada de venta sin receta para tratar la dermatitis (sarpullido) del pañal a mi hijo. Entiendo que la crema o pomada para la dermatitis del pañal que suministre no podrá contener antibióticos ni componentes antimicóticos o anti-inflamatorios si no cuento con una receta médica. Entiendo que la crema o pomada deberá estar en su envase original y llevar una etiqueta con el nombre de mi hijo. No se aplicará crema o pomada sobre heridas o si se ha observado una reacción cutánea adversa. Si el personal observa una reacción cutánea, se le notificará rápidamente al padre, madre o tutor mediante un informe de incidente.

* Nombre del producto: Instrucciones especiales:

Firma del padre, madre o tutor: Fecha: