



TOPICAL PREPARATIONS (PREVENTIVE) PERMISSION FORM

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

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: _____



TOPICAL PREPARATIONS (PREVENTIVE) PERMISSION FORM

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

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: _____