

If it becomes necessary for a student to take medication or receive treatment during the school day, the parent or guardian must complete this request form and file it in the school nurse's office. If the medication or treatment is physician-prescribed, the parent or guardian must submit a written prescription from the child's physician or the current pharmacy label with the request. A physician's order is also necessary for prescription samples that may have been released to student, or for any over-the-counter medication that is not recommended for children under age twelve.

All other over-the-counter medication must be in the original container labeled with the student's name and date of birth. Label instructions will be followed for all over-the-counter medicine unless otherwise prescribed by a physician.

This request is in effect for one school year and must be renewed annually or whenever there is a change in medication.

Parent's or Guardian's Authorization

I request that the medication described below be administered to my child/ward at the times specified during the school day. I will give the nurse the medication in its original container or current prescription bottle.

I understand that a parent or guardian will transport all medication to and from school for grades K-8. Medications must be picked up by the last day of school, or medications will be discarded.

I give my permission for my child in grades 9-12 to bring home any unused medication.

I understand that a separate form must be completed for each medication.

I understand that this medication will be administered to my child only by authorized staff members and will be kept in a secure location within the school nurse clinic.

Student's Name (Please Print)	Student's Date of Birth: / / Month Day Year
Name of Medication	Prescribed _____ Over-the-Counter _____
Days Medication to be given	Times(s) to administer: _____ a.m. _____ p.m.
Amount of Medication to be given	Lot # or Rx # _____
Purpose of Medication	Refrigeration Required? Yes _____ No _____
Signature of Parent or Guardian	Date
Printed Name	Phone: Home / Cell / Work

Si es necesario que un estudiante tome medicamentos o reciba tratamiento durante el día en la escuela, el padre o tutor legal debe completar esta solicitud para mantenerlo en la enfermería de la escuela. Si el medicamento o tratamiento es recetado por el médico, el padre o tutor legal debe presentar una prescripción escrita por parte del médico del jovencito, o el membrete de la farmacia en vigencia, con la solicitud. Es también necesario una orden del médico para las muestras de una prescripción que podía haber sido entregado al estudiante, o para cualquier medicamento sin receta que no es aprobado para jovencitos menores de los doce años de edad.

Todos los medicamentos sin receta deben permanecer en el contenedor original con el nombre y la fecha de nacimiento del estudiante. Se seguirá las instrucciones del membrete para todas las medicinas sin receta a no ser que haya sido prescrita por un médico.

Esta solicitud se mantiene vigente para un año escolar y debe ser renovada anualmente o cuando haya un cambio en el medicamento.

Autorización del Padre o el Tutor Legal

Solicito que el medicamento descrito a continuación sea administrado a mi hijo(a)/hijo(a) de crianza a las horas especificadas durante el día en la escuela. Yo entregaré a la enfermera el medicamento en su contenedor original o botella de prescripción vigente.

Entiendo que un padre o tutor legal transportará a la escuela, o regresará a la casa, todos los medicamentos para los estudiantes de los grados K-8. Se deben recoger los medicamentos para el último día de clase, o los mismos serán desechados.

Autorizo que mi hijo(a) del grado 9-12 que transporte el resto de cualquier medicamento no administrado a la casa.

Comprendo que se debe completar un formulario separado para cada medicamento.

Además entiendo que este medicamento será administrado a mi hijo(a) sólo por miembros autorizados del personal y será mantenido en un lugar seguro dentro de la clínica escolar.

_____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____ / _____ / _____
Nombre del estudiante (Con letra de molde) Mes Día Año

_____ Con prescripción _____ Sin prescripción _____
Nombre del medicamento

_____ Hora(s) para administrarlo: _____ a.m. _____ p.m.
Número de días para administrar el medicamento

_____ Lot# o Rx #

_____ Cantidad de medicamento para administrarlo

_____ ¿Requiere refrigeración? Sí _____ No _____
Próposito/razón del medicamento

_____ Firma del Padre o Tutor Legal _____ Fecha

_____ Teléfono: Casa _____ / _____ / _____
Nombre en letra de molde Celular Trabajo