

Health Services

Permission Form for Prescribed and Over the Counter Medications

Servicios de Salud

Formulario de Permiso para Recetas Médicas

DATE FORM RECEIVED BY SCHOOL <i>Fecha recibida por la escuela</i>			
RESIDENT SCHOOL <i>Escuela</i>		PHONE <i>Teléfono</i>	FAX <i>Fax</i>
STUDENT NAME <i>Nombre del Estudiante</i>		BIRTHDATE <i>Fecha de Nacimiento</i>	
GRADE <i>Grado</i>	TEACHER/CLASSROOM <i>Maestro/Salón de Clase</i>		

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN OR AUTHORIZED PRESCRIBER *Para ser llenado por el doctor ó la persona autorizada*

Reason For Medication <i>Razón del medicamento</i>					
Name of Medication <i>Nombre del medicamento</i>					
Form of Medication/Treatment (please select one) <i>Forma del medicamento/tratamiento</i>					
Tablet ☐ <i>Pastilla</i>	Liquid ☐ <i>Líquido</i>	Inhaler ☐ <i>Inhalador</i>	Injection ☐ <i>Inyección</i>	Nebulizer ☐ <i>Nebulizador</i>	Other <i>Otro:</i>
Instructions <i>Instrucciones</i> (Schedule and dose to be given at school) <i>(Horario y dosis que será suministrado en la escuela)</i>					
Start Date <i>Fecha de inicio</i>		Stop Date <i>Fecha Final</i>		For episodic/emergency events only ☐ <i>Para eventos episódicos/emergencia solamente</i>	
Restrictions and/or important side effects: None anticipated ☐ <i>Restricciones y/o importantes efectos secundarios: No Anticipado</i>			If yes, please describe: <i>Si, por favor descríbalos</i>		
Special Storage Requirements <i>Requisitos especiales para guardarlos</i>			None ☐ <i>No</i>	Refrigerate ☐ <i>Refrigerar</i>	
Physician's Name <i>Nombre del Doctor</i>					
Signature <i>Firma</i>					
Phone Number <i>Teléfono</i>		Fax Number Número defax			

TO BE COMPLETED ONLY FOR LIFE THREATENING CONDITIONS *Para ser llenado solamente en casos de condiciones de amenaza de vida*

This student is both capable and responsible for self-administering this medication <i>El estudiante es capaz y responsable de suministrar su propio medicamento</i>		
No ☐ <i>No</i>	Yes-Supervised ☐ <i>Sí – Bajo Supervisión</i>	Yes-Unsupervised ☐ <i>Sí – Sin Supervisión</i>
This student may carry this medication on his/her person <i>El estudiante puede guardar este medicamento</i>		No ☐ <i>No</i> Yes ☐ <i>Sí</i>
Physician's Name <i>Nombre del Doctor</i>		
Signature <i>Firma</i>		
Phone Number <i>Teléfono</i>		Fax Number Número de Fax

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN *Para ser llenado por el padre/tutor*

The district shall incur no liability as a result of any injury arising from your child self-administering medication at school. <i>El distrito no será responsable como consecuencia de cualquier daño que resulte de la auto-administración de la medicina del niño en la escuela.</i>	
Parent Signature: <i>Firma del Padre:</i>	Date <i>Fecha</i>

TO THE SCHOOL *Para la Escuela*

Please report concerns about medications or disease to the above physician. <i>Favor de reportar cualquier preocupación sobre el medicamento ó enfermedad al doctor, mencionado en la parte de arriba.</i>

TO BE COMPLETED BY THE PRINCIPAL *Para ser llenado por el director*

Date <i>Fecha</i>	Name of School Employee(s) designated by principal or nurse to administer medication: <i>Nombre del empleado de la escuela designado por el director ó enfermera para suministrar el medicamento</i>
----------------------	--

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN *Para ser llenado por el padre/tutor*

I give permission for (name of child) _____ to receive the above medication at school according to standard school policy. <i>Autorizo para que (nombre del estudiante) _____ reciba el medicamento, descrito en la parte de arriba, en la escuela, de acuerdo a la exigencias del reglamento de la escuela.</i>	
Medication must be brought to school in the original container. <i>El medicamento debe ser traído a la escuela en el recipiente original</i>	
Parent Signature <i>Firma de los Padres</i>	Date <i>Fecha</i>