AUTHORIZATION AND RELEASE FORM FOR THE   
ADMINISTRATION OF MEDICATION TO STUDENTS

**Student Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   
  
Medication\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosage\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Route\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Time\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medication\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosage\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Route\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Time\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medication\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosage\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Route\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Time\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Administration Instructions/Information:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I hereby request authorized personnel of the West Liberty Community School District to administer the above-named medication to my child and agree:

1. To submit this request to the school nurse or secretary.
2. To personally ensure that the medication is received by the school nurse or secretary administering it in the container in which it was dispensed by the prescribing physician for prescription medication or in the original manufacturer’s container for non-prescription medication. The container must be marked with the student’s name, name of the medication, dosage, time interval, route, and expiration date.
3. To inform the school of any adverse reactions to the medication or changes in the student’s health or medication regimen.
4. To keep current emergency phone numbers in the school office.

\_\_\_\_ I hereby authorize my child to SELF-ADMINISTER his/her medication.

I hereby agree:

1. That my child is competent in the administration of this medication.
2. That the medication my child will carry will be in the container in which it was dispensed by the prescribing physician for prescription medication or in the original manufacturer’s container for non-prescription medication. The container must be marked with the student’s name, name of the medication, dosage, time interval, route, and expiration date.
3. To inform the school of any adverse reactions to the medication or changes in the student’s health or medication regimen. To keep current emergency phone numbers in the school office.
4. That the permission for my child to self-administer medication may be revoked by school administration if he/she does not demonstrate competency or responsibility in the administration of this medication.

**Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

AUTORIZACIÓN Y FORMA DE PRENSA PARA LA ADMINISTRACIÓN  
 DE MEDICAMENTOS A ESTUDIANTES

**Estudiantes Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Birth\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   
  
Medication\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosage\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Route\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Time\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medication\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosage\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Route\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Time\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medication\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosage\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Route\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Time\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AdministraciónInstrucciones / Información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la presente solicito personal autorizado del Distrito Escolar de la Comunidad de West Liberty para administrar el medicamento mencionado anteriormente a mi hijo y estoy de acuerdo:

1. Presentar esta solicitud a la enfermera o secretaria de la escuela.
2. Para asegurarse personalmente de que la enfermera escolar o la secretaria de la escuela reciban el medicamento en el envase en el que fue recetado por el médico que prescribe el medicamento recetado o en el envase original del fabricante del medicamento sin receta. El recipiente debe estar marcado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, el intervalo de tiempo, la ruta y la fecha de vencimiento.
3. Para informar a la escuela de cualquier reacción adversa a la medicación o cambios en la salud o el régimen de medicación del estudiante.
4. Para mantener los números de teléfono de emergencia actuales en la oficina de la escuela.

\_\_\_\_ Por la presente autorizo ​​a mi hijo a AUTO-ADMINISTRAR su medicamento.

Estoy de acuerdo con esto:

1. que mi hijo es competente en la administración de este medicamento.
2. Que el medicamento que mi hijo va a llevar estará en el recipiente en el que fue recetado por el médico que lo recetó para medicamentos recetados o en el recipiente del fabricante original para medicamentos sin receta. El recipiente debe estar marcado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, el intervalo de tiempo, la ruta y la fecha de vencimiento.
3. Para informar a la escuela de cualquier reacción adversa a la medicación o cambios en la salud o el régimen de medicación del estudiante. Para mantener los números de teléfono de emergencia actuales en la oficina de la escuela.
4. Que la administración de la escuela puede revocar el permiso para que mi hijo administre medicamentos si él / ella no demuestra competencia o responsabilidad en la administración de este medicamento.

**Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**