

MEDICATION PERMISSION FORM

Name of student _____ Grade _____ School _____

I request the school nurse, secretary, administrator or other staff person to see that my child receive the following medication which I have supplied in the original pharmacy container. I accept ultimate responsibility for monitoring the effects of this medication.

Medication will be delivered to the school nurse or the designated person giving the medication. It will be in a container properly labeled with the student's name, the doctor's name, dosage, time and name of the medication.

Name of Medication _____

Name of Prescribing Doctor _____ Town _____

Dosage _____ Time to be given _____

How given (oral, eye drops, ear drops, inhaler) _____

Beginning _____ to _____
Date Date

Physician permission to carry inhaler Yes No Permission to self administer Yes No

If medication is to be given as needed, specify the length of time between doses _____

I, the parent/guardian of _____, authorize the school to assist my child in taking the above medication and agree that I will not hold liable any member of the school staff or an individual of official capacity who is directed by me (the parent/guardian) and the school administrator to assist my child in taking said medication.

Date

Parent/Guardian Signature

Home Phone

Work Phone

HOJA DE PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICINA

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Escuela _____

Yo pido que la enfermera de la escuela, las secretarias, el administrador, o otra persona del departamento de personal vea que mi hijo o hija reciba la medicina que yo les he traído en el envase original de la farmacia. Yo acepto toda la responsabilidad de enterarme de los efectos de esta medicina.

La medicina será entregada a la enfermera de la escuela ó a la maestra del estudiante. La medicina estará en el envase original de la farmacia con el nombre del estudiante, el nombre del doctor, la dosis, la hora que se debe tomar, y el nombre de la medicina en la etiqueta.

Nombre de la medicina _____

Nombre del médico _____ La ciudad donde practica el médico _____

La dosis _____ Cuando se debe tomar _____

Cómo se administra (gotas en el ojo, gotas en el oído, oralmente, etc.) _____

Empezando _____ hasta _____
Fecha Fecha

México permiso de usar un inhalante Sí No Permiso para que el estudiante administre medicina Sí No

Si la medicina se debe administrar en cualquier momento que se necesite, especifique la cantidad de tiempo que debe pasar entre las dosis. _____

Yo, el padre, madre o guardián _____, doy permiso que los empleados de las escuelas publicas de Cozad administren la medicina explicado arriba a mi hijo o hija. Y yo estoy de acuerdo queb que no llevaré a cabo obligado a ningún miembro de la escuela provea de personal o un individuo de la capacidad oficial que es dirigida por mí (parent/guardian) y el administrador de la escuela para asistir a mi niño en tomar la medicación dicha.

Fecha

Firma de padre o tutor

teléfono del hogar

teléfono del trabajo