



MEDICATION ADMINISTRATION CONSENT

Student's Name: _____

D.O.B. ____/____/____

Teacher: _____

Grade: _____

1. **ONLY** medications from the United States will be administered at school.
2. Prescription medication must be in the original container with the pharmacy (U.S.A. only) label. The container must have a proper label with the name of the patient, the name of the medicine, and the dosage.
3. Administration consent form must be completed and signed by parent or legal guardian. **NO VERBAL CONSENT OR PHONE CONSENT WILL BE ACCEPTED.**
4. Medication will be kept in a secure place in clinic during school hours. No medication shall be kept in classrooms or backpacks at any time. Any medications brought in by students or found in student's possession will be taken to the health aide and remain in the clinic until a parent signs the consent form or picks up medication.
5. It is the responsibility of the parent or guardian to deliver the medication to the school health aide and have the medication picked up and taken home at the end of the year.
6. The first dosage of any new medication shall not be administered during school hours due to the possibility of an allergic reaction

ADMINISTRATION CONSENT

The school health aide, or other designated school personnel, is given permission to give the following.

Name of medication: _____ Name of medication: _____

Dose: (amount) _____ Dose: (amount) _____

Time to be administered in school: _____ Time to be administered in school: _____

Health diagnosis: _____ Health diagnosis: _____

Medication to be given from: _____ to: _____ Medication to be given from: _____ to: _____

Method of administration: _____ Method of administration: _____

Example: (by mouth, by inhaler, with food or after meals) Example: (by mouth, by inhaler, with food or after meals)

Signature of Parent/Guardian

Date

Phone Number

Alternate Phone Number

Received by:
Health Aide Signature _____ Amount received: _____ Expiration date: _____



CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Maestro(a): _____

Grado Escolar: _____

1. **Solamente** medicamentos de los Estados Unidos serán administrados en la escuela.
2. Medicamento de receta deberá estar en su recipiente original con la etiqueta de la farmacia (recetas dada en los Estados Unidos solamente). La etiqueta deberá tener el nombre completo del estudiante al cual se le dispensara/dará la medicina.
3. El permiso para administrar el medicamento debe ser llenado y firmado por el padre o tutor.

NO SE ACEPTARÁ CONSENTIMIENTO VERBAL NI CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO.

4. El medicamento se mantendrá en un lugar seguro en la clínica durante horario escolar.
No se permiten medicamentos en las clases en ningún momento. Todo medicamento que el estudiante traiga o que se le encuentre en su posesión, se le recogerá y será llevado a la enfermera y estará en la oficina de la enfermera hasta que el padre/tutor firme la forma de consentimiento.
5. Es responsabilidad del padre, o la persona que él designe, de entregar a la clínica el medicamento que el estudiante requiere, recogerlo y llevárselo a su hogar después de horario escolar.
6. La primera dosis de cualquier medicamento nuevo no debe administrarse durante el horario escolar debido a la posibilidad de una reacción alérgica

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRACIÓN

La clínica, o algún otro oficial escolar designado, tiene permiso para administrarle a mi hijo(a) el siguiente:

Nombre del medicamento: _____

Nombre de medicamento: _____

Dosis: (Cantidad) _____

Dosis: (Cantidad): _____

Tiempo para ser dado en la escuela: _____

Tiempo para ser dado en la escuela: _____

Diagnostico de salud: _____

Diagnostico de salud: _____

Medicamento a dar de: _____ a: _____

Medicamento a dar de: _____ a: _____

Como se toma: _____

Como se toma: _____

(Ejemplo: por boca, por inhalador, con comida o después de comidas)

(Ejemplo: por boca, por inhalador, con comida o después de comidas)

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Numero de Telefono

Numero de Telefono Alternativo

Received by:

Health Aide Signature _____ Amount received: _____ Expiration date: _____