

AUTHORIZATION FOR NONPRESCRIPTION & PRESCRIPTION DRUG PRODUCTS OR TREATMENT
AUTORIZACIÓN PARA MEDICINA DE VENTA LIBRE Y MEDICINA RECETADA O TRATAMIENTO

Student Name/Nombre del estudiante: _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

NON PRESCRIPTION MEDICATION/MEDICINA DE VENTA LIBRE

The Kewaskum School District will not provide aspirin, Tylenol or other over the counter medicine to students. If your child needs anything for headaches, cramps, etc, please bring a supply (in the original manufacturer's container) to the office along with this form. *El distrito escolar de Kewaskum no va a proveer aspirina Tylenol o otras medicinas de venta libre a los estudiantes. Si su hijo necesita algo para dolor de cabeza, calambres, etc, por favor traiga una reserva (en el envase original) a la oficina con este formulario.*

Medication Name/Nombre de la medicina: _____

Dosage/Dosis: _____

Time to be given/A que hora la necesitan: _____

Reason for taking medication/Razon para tomar medicina: _____

PRESCRIPTION MEDICATION/MEDICINA RECETADA

The medication must be in the original pharmacy labeled package with the following information in a legible format: student's name, practitioner's name, date, pharmacy name and telephone, name of medication, prescribed dosage and frequency, and special handling and storage instructions.

La medicina tiene que estar en el envase original de la farmacia con la información siguiente en un formato legible: nombre del estudiante, nombre del doctor, fecha, nombre y teléfono de la farmacia, nombre de la medicina, dosis y frecuencia, y instrucciones especiales.

Medication Name/Nombre de la medicina: _____

Time to be given/A que hora necesita: _____ Dosage/Dosis: _____

Begin Date/Fecha del comienzo: _____ End Date/Fecha para terminar: _____

Reason medication is being prescribed/Para que es la medicina: _____

Possible side effects/Efectos secundarios: _____

Date/Fecha: _____ Physician's Signature/Firma del doctor: _____

Physician's Address/Dirección del doctor: _____

Telephone No/Numero de telefono del doctor: _____

PARENT AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN DEL PADRE:

I authorize the above medication to be given as indicated to myson/daughter. I will assume responsibility for safe delivery of the medication to school and I authorize the above medication to be given as indicated to myson/daughter. I will notify the school immediately if there is any change in the use of the medication or the prescribed treatment. I release and agree to hold the Board of Education, its officials, and its employees harmless from any, and all, liability for damages or injury resulting directly or indirectly from this authorization.

Autorizo que el medicamento anterior se administre a mi hijo/a como se indica. Asumiré la responsabilidad de la entrega segura del medicamento a la escuela y autorizo que el medicamento anterior se administre a mi hijo/a como se indica. Notificaré a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso del medicamento o el tratamiento prescrito. Libero y acepto eximir de toda responsabilidad a la Junta de Educación, sus funcionarios y empleados de cualquier responsabilidad por daños o lesiones que resulten directa o indirectamente de esta autorización.

Date/Fecha: _____

Parent/Guardian Signature/Firma del padre/tutor legal: _____