

Midlothian ISD School Health Services  
Over-The-Counter Medication Administration

Parent Request For the Administration of Over-The-Counter Medication to a Student

Over the counter (OTC) medication **MUST** be in the original container, with the student's name on the container. OTC medications may be left in the clinic during the entire school year with a parent's signature. OTC medications will be given according to the label on the package unless otherwise directed by a physician. OTC medications will not be given for more than FIVE consecutive school days without a physician's order.

NOTE: We are unable to store any medications at the school during the summer and will dispose of all medications left in the clinic after the last day of school.

\_\_\_\_\_  
Student Name

\_\_\_\_\_  
Date of Request

\_\_\_\_\_  
Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Grade

\_\_\_\_\_  
Campus

\_\_\_\_\_  
Teacher

\_\_\_\_\_  
Name of OTC Medication

\_\_\_\_\_  
Expiration Date

\_\_\_\_\_  
Amount to be given

\_\_\_\_\_  
Time/Interval to be given

\_\_\_\_\_  
Condition for which medication should be administered

\_\_\_\_\_  
Instructions

Special

\_\_\_\_\_  
OTC medication is to be discontinued (if left blank, this will be considered the last day of the school year)

Date

*I consent to the release of medical information contained on this form to school officials that have a legitimate educational interest in the information, according to MISD board policy and the Family Education Rights and Privacy Act. I give permission for the release of confidential information regarding my child's specific health problems to third parties, other than school officials, as required to facilitate medical care and/or treatment of my child. I authorize the nurse and the prescribing physician to confidentially discuss or clarify this medication order and to discuss the student's response to the prescribed medication as needed per law (Nurse Practice and Medical Practice Acts of Texas.)*

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Daytime Telephone Number

*My signature indicates that I request MISD staff to administer the above medication to my child and I am giving permission for MISD staff to contact the physician for additional information, if needed.*

*MISD will not discriminate in its educational programs, activities, or employment practices, based on race, ethnicity, gender, disability, religion, or any other legally protected classification.*

Servicios de salud escolar de Midlothian ISD  
Administración de medicamentos de venta libre

Solicitud de los padres para la administración de medicamentos de venta libre a un estudiante

Los medicamentos de venta libre DEBEN estar en el envase original, con el nombre del estudiante en el envase. Los medicamentos de venta libre se pueden dejar en la clínica durante todo el año escolar con la firma de los padres. Los medicamentos de venta libre se administrarán de acuerdo con la etiqueta del paquete, a menos que un médico indique lo contrario. No se administrarán medicamentos de venta libre durante más de CINCO días escolares consecutivos sin una orden médica. NOTA: No podemos almacenar ningún medicamento en la escuela durante el verano y desecharemos todos los medicamentos que queden en la clínica después del último día de clases.

Nombre del estudiante	Fecha de solicitud
Fecha de nacimiento	Nivel de grado
Escuela	Maestro(a)
Nombre del medicamento de venta libre	Fecha de caducidad
Cantidad a dar	Tiempo/intervalo a dar
Condición por la cual se debe administrar el medicamento	
Instrucciones especiales	

Fecha en que se suspenderá el medicamento de venta libre (si se deja en blanco, se considerará el último día del año escolar)

*Doy mi consentimiento para la divulgación de la información médica contenida en este formulario a los funcionarios escolares que tienen un interés educativo legítimo en la información, de acuerdo con la política de la junta de MISD y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. Doy permiso para la divulgación de información confidencial sobre los problemas de salud específicos de mi hijo a terceros, que no sean funcionarios escolares, según sea necesario para facilitar la atención médica y/o el tratamiento de mi hijo. Autorizo a la enfermera y al médico que receta a discutir o aclarar de manera confidencial esta orden de medicamentos y a discutir la respuesta del estudiante al medicamento recetado según sea necesario por ley (Leyes de práctica médica y práctica de enfermería de Texas).*

Firma del padre/tutor

Numero de telefono diurno

*Con mi firma aquí indico que solicito que personal de MISD suministre el medicamento arriba mencionado a mi hijo y doy mi permiso para que MISD hable con el médico para más información, si es necesario.*

*MISD no discriminará en sus programas educativos, actividades o prácticas de empleo por motivos de raza, etnia, género, discapacidad, religión o cualquier otra clasificación legalmente protegida.*