

Midlothian ISD
Health Services
Prescription Medication Administration

PARENT'S REQUEST FOR THE ADMINISTRATION OF PRESCRIPTION MEDICATION TO A STUDENT

All prescription medication MUST be in the original container with a pharmacy prescription label. No more than **one month's** supply of medication, in a prescription labeled bottle, shall be brought to the clinic at one time. .

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

Name of Student:_____ Date of Request:_____

Birth Date:_____ Grade:_____

School:_____ Teacher:_____

Name of Medication:_____ Expiration date:_____

Condition for which medication is to be given:_____

Amount to be given:_____ Time to be given:_____

Special instructions:_____

Date medicine is to be discontinued:_____

I consent to the release of the medical information contained on this form to school officials who have a legitimate educational interest in the information, according to MISD Board Policy and the Family Education Right 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 or Guardian

Daytime Phone Number

Date

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.

Printed name of Physician

_____/_____
Phone Number/Fax Number

Signature of Physician

Date

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.

Prescription Medication Administration

Midlothian ISD
Servicios de salud
Administración de medicamentos recetados

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS A UN ESTUDIANTE

Todos los medicamentos recetados DEBEN estar en el envase original con una etiqueta de receta de la farmacia. No se debe llevar a la clínica más de un mes de suministro de medicamentos, en un frasco etiquetado con prescripción, a la vez.

Nota: No podemos almacenar ningún medicamento en la escuela durante el verano y desecharemos todos los medicamentos que queden después del último día de clases.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de solicitud: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nivel de grado: _____

Escuela: _____ Maestro(a): _____

Nombre del medicamento: _____ Fecha de expiración: _____

Condición para la cual se debe administrar el medicamento: _____

Cantidad a dar: _____ Tiempo para ser dado: _____

Instrucciones especiales: _____

Fecha en que se suspenderá el medicamento: _____

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 Derecho de Educación Familiar. 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 recetó 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 o tutor

Número de teléfono durante el día Fecha

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.

Nombre impreso del médico

Número de teléfono/Número de fax Firma del médico

Fecha

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.

Administración de medicamentos recetados
2023