

Tigard-Tualatin School District 23J Medication Administration Record

Distrito Escolar Tigard-Tualatin 23J Registro de Administracion de Medicacion

Please note: Medication must be sent to school in its original container with the student's name affixed. In the case of prescription medication, it must be accompanied by the physician's prescription (a prescription label is sufficient). Medication is only administered at school if it is required that it be given during school hours.

Por favor note: Las medicaciones deben ser enviadas a la escuela en su envase original con el nombre del estudiante adherido. En el caso de las medicaciones recetadas, deben ser acompañadas con la prescripción del médico (una etiqueta de la receta es suficiente). La medicación sólo será administrada en la escuela si se requiere que se le de durante el horario escolar.

Parent/Guardian: Please complete the information below:

Padre/Tutor: Por favor complete la información en el cuadro debajo: STUDENT NAME / NOMBRE:

School/ <i>Escuela</i>	Grade/Teacher <i>Grado/Maestro</i>	Phone number/Número de Teléfono
Name of Medication <i>Nombre de la Medicación</i>	Date Medication given to School <i>Fecha en que la Medicación fue dada a la Escuela</i>	Date Medication to be Discontinued <i>Fecha que la Medicación debe ser discontinuada</i>
Dosage to be given/ <i>Dosis que se le Dará</i>	Time to be Given / <i>La Hora que se le Dará</i>	Route (i.e., orally) / <i>La Ruta (Es Decir, Oralmente)</i>
<i>I request and authorize that the school dispense this medication in accordance with the directions above, and for prescription medication, the direction of the physician. I understand that medication not picked up within five days of the end of the medication periods or the end of the school year, will be destroyed. I also understand that prescription medications require a written statement from the physician in order to change the dosage. This includes discontinuing the medication (for ongoing prescriptions).</i> <i>Les solicito y autorizo que la escuela dispense esta medicación de acuerdo con las instrucciones de arriba y para la medicación recetada, las instrucciones del médico. Entiendo que la medicación que no será recogida dentro de los cinco días siguientes al final del periodo de la medicación, o el final del año escolar, será destruida. También entiendo que las medicaciones recetadas requieren una declaración escrita del médico con el fin de cambiar la dosis. Esto incluye discontinuar la medicación (para las recetas en curso).</i>		
_____ <i>Parent/Guardian signature and date / Firma del Padre/Tutor y Fecha</i>		

----- OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE -----

Medication Count/Date	Signature of Counter	Signature of Witness
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Initials	Signature Match	Initials	Signature Match
_____	_____	_____	_____
Initials	Signature Match	Initials	Signature Match
_____	_____	_____	_____