

Tigard-Tualatin School District 23J Medication Administration Form

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.

Parent/Guardian: Please complete the information in the box below:

STUDENT NAME:

School

Grade/Teacher

Home Phone & Work Phone

Name of Medication

Date Medication Given to School

Date Medication to be Discontinued

Dosage to be Given

Time to be Given

Route (i.e., orally)

I request and authorize that the school dispense this medication in accordance with the directions above, and for prescription medication, at the direction of the physician. I understand that medication not picked up within 5 days of the end of the medication period, 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 hereby acknowledge that it is my responsibility to verify the medication named above and on the labeling prior to submitting it to the school.

parent/guardian signature/date

Medication Count/Date

Signature of Counter

Signature of Witness

initials

signature match

initials

signature match

initials

signature match

initials

signature match

initials

signature match

initials

signature match

Medication Administration Record

Page _____ of _____

Student Name: _____ Medication/Dosage: _____

[illegible]

Record of Destruction of Medication

This medication was disposed of by the following method:_____

date

reason

signature

witness

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

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

Padre/Tutor: Por favor complete la informacion en el cuadro debajo::

Nombre del Estudiante:

Escuela	Grado/Maestro	Telefono de casa y del Trabajo
Nombre de la Medicacion	Fecha en que Fue Dada la Medicacion a la Escuela	Fecha que la Medicacion debe ser Discotinuado
Dosis que se le Dara	La Hora que se le Dara	La ruta (es decir, Oralmente)

Les solicito y autorizo que la escuela dispense esta medicacion de acuerdo con las instrucciones de arriba y para la medicacion recetada, las instrucciones del medico. Entiendo que la medicacion que no sea recogido dentro de los cinco dias siguientes al final del period de la medicacion, o el final del ano escolar, sera destruida. Tambien entiendo que las medicaciones recetadas requieren una declaracion escrita del medico con el fin de cambiar la dosis. Esto incluye discontinuar la medicacion (para las recetas en curso). Por la presente reconozco que es mi responsabilidad de verificar el medicamento mencionado anteriormente y la etiqueta del recipiente antes de darlo a la escuela.

Firma del Padre/Tutor/Fecha

[illegible]

<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>	<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>
<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>	<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>
<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>	<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>

Registro de Administracion de Medicacion

Pagina _____ de _____

Nombre del Estudiante: _____ Medicacion/Dosis: _____

[illegible]

Registro del Destrucción de la Medicación

La medicacion fue eliminado por el siguiente metodo:_____

<i>Fecha</i>	<i>Razon</i>	<i>Firma</i>	<i>Testigo</i>
--------------	--------------	--------------	----------------