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.

STUDENT NAME:

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

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. 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*

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 acompanados con la prescripcion del medico (un etiqueta de la receta es suficiente). La medicacion solo sera adminstrada en la escuela si se require que se le de durante el horario escolar.

Nombre del Estudiante:

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

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 siquientes 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 discontinuer 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

Recuento de la Medicacion/Fecha	Firma del Contador	Firma del Testigo

iniciales *Firma Igualada* *iniciales* *Firma Igualada*

iniciales *Firma Igaulada* *iniciales* *Firma Igualada*

Registro de Administracion de Medicacion