



TURNER SCHOOL UNIFIED SCHOOL DISTRICT #202

Request for Medication to be Administered During School Attendance

Name of Student: _____ School: _____ Grade: _____

1. Medication _____ Dose _____ Time _____

Anticipated Side Effects _____

Reason for Medication _____ Date Medication Started _____

Number of Days to be Administered at School _____ Duration of School Year YES NO

2. Medication _____ Dose _____ Time _____

Anticipated Side Effects _____

Reason for Medication _____ Date Medication Started _____

Number of Days to be Administered at School _____ Duration of School Year YES NO

**Inhalers Only: An additional request form is needed to allow students to carry inhalers with them at all times.*

Physician Name _____ Phone (____) ____ - _____

Signature of Physician _____ Date _____

I hereby give my permission for the above named student to take the above prescription(s) at school as ordered. I understand that it is my responsibility to furnish this medication. I further understand that any school employee who administers any drug to my child in accordance with written instructions from physician or dentist shall not be liable for damages as a result of an adverse drug reaction suffered because of administering the drug.

If checked, parent gives permission to exchange information with the above-mentioned physician/facility in order to obtain any needed information that would be considered relevant to the student's success in school.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

NOTE: The medication is to be brought to school by the parent or guardian in the original container, labeled by the pharmacy, or physician, stating the name of the medication, the dose and times to be administered. They entire form must be completed by parent and PHYSICIAN to administer prescribed medication during school hours.



TURNER SCHOOL UNIFIED SCHOOL DISTRICT #202

Solicitud de Medicamento para Administrarse durante la Horas de Escuela

Nombre del Estudiante: _____ Estudiante: _____ Grado: _____

1. Medicamento _____ Dosis _____ Hora _____

Efectos Secundarios _____

Motivos por el Medicamento _____ Fecha que se Inicio _____

Número de días que se Administrará en la Escuela _____ Duracion del año escolar SI NO

2. Medicamento _____ Dosis _____ Hora _____

Efectos Secundarios _____

Motivos por el Medicamento _____ Fecha que se Inicio _____

Número de días que se Administrará en la Escuela _____ Duracion del año escolar SI NO

**Solo inhaladores: se necesita un formulario de solicitud adicional para permitir que los estudiantes lleven consigo inhaladores en todo momento.*

Nombre del Medico _____ Telefono (____) _____ - _____

Firma del Medico _____ Fecha _____

Por la presente doy mi permiso para que el estudiante mencionado anteriormente tome la(s) receta(s) mencionadas anteriormente en la escuela según lo indicado. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar este medicamento. Además, entiendo que cualquier empleado de la escuela que administre cualquier medicamento a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones escritas del médico o dentista no será responsable por los daños que se produzcan como resultado de una reacción adversa al medicamento sufrida debido a la administración del medicamento.

Si, se marca, el padre da permiso para intercambiar información con el médico/centro mencionado anteriormente para obtener cualquier información necesaria que se considere relevante para el éxito del estudiante en la escuela.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

NOTE: El medicamento debe ser llevado a la escuela por el padre o tutor en el envase original, etiquetado por la farmacia o el médico, indicando el nombre del medicamento, la dosis y los horarios de administración. El formulario completo debe ser completado por el padre y el MÉDICO para administrar el medicamento recetado durante el horario escolar.