



KILGORE ISD
MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Student _____ DOB _____

Grade _____ Home Room Teacher _____

Name of Medication _____

Condition medication is to be given _____

Dosage _____ Time to be given _____

Start Date _____ End Date _____

Special Instructions _____

Provider's Name _____

Provider's Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Parent Phone _____

Medication returned to _____

Relationship to student _____ Date _____



KILGORE ISD
FORMA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Grado _____ Maestra _____

Nombre de medicamento _____

Razón medica _____

Dosis _____ Horarios para dar el medicamento _____

Fecha para dar _____ Fecha de terminar _____

Instrucciones especiales _____

Nombre del proveedor _____

Firma del proveedor _____ Fecha _____

Firma de padres/tutores _____ Fecha _____

Número de teléfono _____

Medicación devuelta a _____

Relación con el estudiante _____ Fecha _____