



Medication Administration Form at School

I the Parent/Guardian request that the designated Judson ISD personnel administer the medication listed below to my child according to the physician/prescribing healthcare providers instructions. I agree to provide all medication in compliance with the Judson ISD FFAC policy.

1. All prescription medications dispensed through a physician's office must in the original container or packaging. The Medication form must be filled out by the Physician and signed. Should be labeled by the pharmacist or physician. The label must include:
 - a. Student Name
 - b. Physician Name
 - c. Amount to be given
 - d. Frequency of administration
 - e. Date of prescription filled
2. All Non-Prescription medications must in their original container. The Medication Administration Form must be filled out by a physician and the parent/guardian with the following information.
 - a. Student Name
 - b. Physician Name
 - c. Name of Medication
 - d. Amount to be given
 - e. Frequency of administration
 - f. Date to start and End medication.
3. Students may NOT be in possession of Prescription or Non-Prescription medications during the school hours, school sponsored or school related activities.
4. In accordance with the Texas Nurse Practice Act, Rule 217.11 the school Nurse has the responsibility and authority to clarify any medication order with appropriate licensed professionals and/or refuse to administer medication that, in the Nurses judgment is not in the best interests of the student.

Student Name _____ DOB _____

Grade _____ Teacher _____

Type of Medication: Prescription Non-Prescription
Name of Medication _____ Medication Strength _____

Scheduled As Needed Date to Begin _____ Date to End _____

Time to be Given _____ Dose to be Given _____

Route of Administration: Oral Inhalation Topical IM SQ Other: _____

Reason for Medication _____

Physician Remarks _____

Physician Printed Name _____ Physician Signature _____
Office Number _____ Date _____

Parent/Guardian- I give permission for Judson ISD personnel to administer medication to my child in accordance with Texas Education Agency and District Policies. I also acknowledge that it is the parent/guardian responsibility to maintain supply. Unclaimed medication will be destroyed at the end of the calendar school year.

Parent/Guardian
PrintedName _____ Signature _____
Date _____



Formulario de administración de medicamentos en la escuela

Yo, el padre/tutor, solicito que el personal designado de Judson ISD administre el medicamento que se indica a continuación a mi hijo de acuerdo con las instrucciones del médico/proveedor de atención médica que lo receta. Estoy de acuerdo en proporcionar todos los medicamentos de acuerdo con la política FFAC de Judson ISD.

1. Todos los medicamentos recetados dispensados a través de un consultorio médico deben estar en el envase o embalaje original. El formulario de medicación debe ser completado y firmado por el médico. Debe ser etiquetado por el farmacéutico o el médico. La etiqueta debe incluir:
 1. Nombre del estudiante
 2. Nombre del médico
 3. Importe a dar
 4. Frecuencia de administración
 5. Fecha de surtido de la receta
2. Todos los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original. El Formulario de Administración de Medicamentos debe ser completado por un médico y el padre/tutor con la siguiente información.
 1. Nombre del estudiante
 2. Nombre del médico
 3. Nombre del medicamento
 4. Importe a dar
 5. Frecuencia de administración
 6. Fecha de inicio y finalización de la medicación.
3. Los estudiantes NO pueden estar en posesión de medicamentos recetados o no recetados durante el horario escolar, las actividades patrocinadas por la escuela o relacionadas con la escuela.
4. De acuerdo con la Ley de Práctica de Enfermería de Texas, Regla 217.11, la enfermera de la escuela tiene la responsabilidad y la autoridad de aclarar cualquier orden de medicación con los profesionales autorizados apropiados y / o negarse a administrar medicamentos que, a juicio de las enfermeras, no sean en el mejor interés del estudiante.

Nombre del estudiante _____

Fecha e Nacimiento _____

Grado _____ Profesor _____

Tipo de medicamento: Prescripcion Sin receta

Nombre del medicamento _____

Concentración del medicamento _____

Programado según sea necesario

Fecha para comenzar _____ Fecha para Terminar _____

Tiempo para ser Given _____ Dosis para ser Given _____

Vía de administración: Oral Inhalacion Topical IM SQ Otros: _____

Motivo de Medicacion _____

Notas del Medico _____

Nombre impreso del médico _____

Firma de Doctor _____

Oficina Number _____ Fecha _____

Padre/Tutor- Doy permiso para que el personal de Judson ISD administre medicamentos a mi hijo de acuerdo con la Agencia de Educación de Texas y las Políticas del Distrito. También reconozco que es responsabilidad del padre/tutor mantener el suministro. Los medicamentos no reclamados serán destruidos al final del año escolar calendario.

Padre/Tutor PrintedName _____ Signature _____

Fecha _____