

Belton School District #124

AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION 2024-2025

All prescription medication must be brought by the parent/legal guardian in the current original pharmacy container with the prescription label present. All non-prescription medication must be brought by the parent/legal guardian in an unopened original container labeled with the child's name.

STUDENT: _____ Grade: _____

DATE OF BIRTH: _____ Teacher: _____

MEDICATION: _____ DOSE: _____

REASON FOR TAKING: _____

DATES NEEDED: _____

TIME(S) TO BE ADMINISTERED: _____ ROUTE: _____

AUTHORIZATION:

I hereby give permission for my child to receive the above prescribed or non-prescription medication by the school nurse or designee. I understand that I have the ultimate responsibility of providing the school with an adequate supply of medication(s) and for informing the school district immediately if any information provided on this form or my child's prescription changes, or if administration of any medication(s) should cease. I understand that the Belton School District and its representative administering medications according to proper dosage shall not be held liable for damages as a result of adverse reaction. *I understand that the medication will be destroyed if it is not picked up on the last day of school.*

Parent/Legal Guardian (printed): _____

Parent/Legal Guardian (signature): _____ Date: _____

Date Medication Picked Up or Discarded: _____

Belton School District #124

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN 2024-2025

Todas las medicamentos de receta deben ser traído por el padre/tutor legal, en el recipiente original de la farmacia con la etiqueta del medicamento presente. Todos los medicamentos sin receta deben ser traído por el padre/tutor legal en su recipiente original sin abrir y marcada con el nombre del niño.

ESTUDIANTE: _____ MAESTRO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

MEDICINA: _____ DOSIS: _____

RAZONES PARA TOMAR: _____

FECHA COMENZANDO: _____ FECHA FINALIZACIÓN: _____

HORA(S) PARA SER ADMINISTRADO: _____

¿CÓMO DEBE SER LA MEDICINA ADMINISTRADO? _____

AUTORIZACIÓN:

Yo doy permiso para que mi hijo reciba los medicamento recetados o los medicamentos de venta libre por la enfermera de la escuela o su designado. **Yo entiendo** que tengo la responsabilidad último de proporcionar a la escuela con UN oferta adecuada de la medicación(es) y para informar al distrito escolar inmediatamente si alguna información proporcionada en esta forma a cambiado, o si la prescripción de mi hijo a cambiado, y si la administración de cualquier medicamento(s) se debe cesar. **Entiendo que** el Distrito Escolar de Belton y sus representantes que administran los medicamento(s), de acuerdo con la dosis adecuada, no podrán ser declarados responsables de los daños como resultado de alguna reacción adversa. Entiendo que el medicamento será destruida si no se recoge en el último día de escuela.

Padres/Tutores (impreso): _____

Padres/Tutores(firma): _____ Fecha: _____