

AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

PARENT'S CONSENT FOR GIVING

PRESCRIPTION MEDICATION AT SCHOOL

I hereby request and give my consent for the school nurse or person designated by the administrator to see that my child _____ Grade _____

receives the following medication for the period from _____ to _____.

The medication is to be furnished by me in the original container and is to be labeled and in original prescription bottle. The medication will be given in the following manner:

1. Name of medication and prescription number _____
2. Route of administration (by mouth, etc) _____
3. Amount to be given _____
4. Time of day to be taken _____
5. Expected duration of treatment _____
6. Prescriber's name (must be on the label) _____
7. Indication (reason) for medication _____

Allergies to medications: NO _____ YES _____ Please list _____

Signature (Parent/Guardian) _____ Date _____

Comments

THE SCHOOL NURSE MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY IN WRITING OF ANY CHANGE IN MEDICATION.

Count _____ Date _____ Count _____ Date _____ Count _____ Date _____ Count _____ Date _____

Count _____ Date _____ Count _____ Date _____ Count _____ Date _____ Count _____ Date _____

Nurse's Signature and Title _____ Initials _____

Paraprofessional Signature and Title _____ Initials _____

AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Consentimiento de los padres para administrar medicamentos recetados en la escuela.

Por lo presente solicito y doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela o la persona designada por el administrador se encargue de que mi hijo,

_____ Grado _____
reciba el siguiente medicamento durante el periodo del _____ al _____

El medicamento debe entregarse en la oficina de salud en el frasco recetado original. El medicamento se administrará de la siguiente manera:

1. Nombre del medicamento y número de receta _____
2. Vía de administración (por vía oral) _____
3. Cantidad a dar _____
4. Horario para tomar _____
5. Duración esperada del tratamiento _____
6. Nombre del médico que receta (debe estar en la etiqueta) _____
7. Indicación (motivo) de la medicación _____

Alergias a medicamentos: NO _____ Sí _____ Por favor enumere _____

Firma (madre o padre / tutor) _____ Fecha _____

Comentarios

La enfermera de la escuela debe ser notificada inmediatamente por escrito de cualquier cambio en la medicación.

Recuento _____ Fecha _____ Recuento _____ Fecha _____ Recuento _____ Fecha _____

Recuento _____ Fecha _____ Recuento _____ Fecha _____ Recuento _____ Fecha _____

Firma y título de la enfermera _____ Iniciales _____

Firma y título del paraprofesional _____ Iniciales _____