

HEALTH REQUIREMENTS AND SERVICES:
MEDICAL TREATMENT

FFAC
(EXHIBIT C)

PARENT'S REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION BY SCHOOL PERSONNEL
SOLICITUD DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL PERSONAL DE LA ESCUELA
Please Print / Por Favor, Imprime

Name of Student / Nombre Del Estudiante _____ Grade/Grado _____
Date of Birth / Fecha De Nacimiento _____ Teacher/ Maestra(o) _____
Parent - Guardian Name / Nombre Del Padre (Tutor) _____
Physician's Name / Nombre Del Medico _____ Telephone / Telefono _____

Medication Information / Información Sobre Medicamentos:

Name of medication / Nombre De la medicación: _____

Prescription Number / Número de prescripción: _____

Dosage/ Dosis: _____

Time to be given at school / Tiempo para ser dado en la escuela: _____

How long will medication be given? / ¿Cuánto tiempo se administrará la medicación?

☐ Days / Dias: _____ ☐ Weeks/Semanas: _____ ☐ Months/ Meses: _____ ☐ School Year / El año escolar

Condition for which medication is to be given / Condición para la cual se debe administrar el medicamento: _____

Special instructions / Instrucciones especiales: _____

I certify that it is necessary to give the above medication during school hours and that it is provided in the original container. It may be administered by a medically untrained designee of the school or the school nurse or principal. I understand that any medication I leave with school personnel with consent to treat my child as indicated will need to be picked up on the last day of school. I further understand that prescribed or over the counter medications will be destroyed if not picked up by a parent or legal guardian.

Yo certifico que es necesario dar el medicamento arriba mencionado durante las horas escolares y que es proporcionado en el envase original. Puede ser administrado por un designado de la escuela, la enfermera o el director de la escuela que no haya recibido capacitación médica. Entiendo que cualquier medicamento que deje con el personal de la escuela con consentimiento para tratar a mi hijo como se indica, tendrá que ser recogido el último día de clases. Entiendo además que los medicamentos prescritos o de venta libre serán destruidos si no se recogen por un padre o tutor legal.

Signature of Parent/Guardian / Firma del padre/tutor

Date / Fecha

Home Telephone Number/Número de teléfono del hogar

Work Telephone Number / Número de teléfono del trabajo

Medication and permission received by: _____	
Date received: _____	Number received (controlled substances): _____
Medication picked up by: _____	
Date picked up: _____	Number picked up (controlled substances): _____