Teacher _____

ID # _____

Sheldon ISD

Authorization to Dispense Medication

Student's Name _____ **D.O.B.** _____ **Grade** _____

Please Note The Following

1. All medications whether **prescription** or **over-the-counter** must be in the **original labeled container, in English** (no baggies, no foil or loose medications).
2. A parental note **cannot** override the labeled directions for prescription or over-the-counter medication.
3. Students in the same household **will not** be able to **share** medication. Each student must have his/her **individual medication**.
4. The parent/guardian must provide the clinic personnel or principal the medication with specific instructions and any equipment needed for the administration of the medication.
5. It is the responsibility of the parent/guardian to inform the school of any changes. If there is a change in prescription doses either a new labeled container or a signed note from the prescribing physician must be provided.
6. All medications need to be brought directly to the office/clinic by a parent or guardian.
7. Unused medication will be **disposed** of unless picked up by a parent or guardian before the **last day of school**.
8. The school may contact the prescribing physician or dispensing pharmacy as needed in regards to prescribed medicines.

Name of Medication _____

Dosage _____

Route (How is medicine given?) _____

Administer from _____ **to** _____
(Start Date) (End Date)

Time Medication is to be Given _____
****Note if different from labeled directions the school will not give the medications****

Number of Pills in Container (Prescription only) _____

Allergies _____

Phone Number _____

I hereby request that the Sheldon ISD School System, through the nurse or principal designee, supervise/assist in the administration of medication to my child, named above, and according to the instructions contained in the statements above. I release the school district, the school board, the school, and any school employee from any liability related to the administration of the medication listed above. I am aware that this permission form must be renewed annually for medications that are needed on a continuous basis.

_____

Parent/ Guardian Signature **Date**

Teacher _____

ID #_____

Sheldon ISD
Autorización para Administrar Medicamentos

Nombre de Estudiante _____ **Fecha de Nacimiento**_____ **Grado** _____

Por Favor Tenga En Cuenta Lo Siguiente

1. Todos los medicamentos **prescritos** o **de vente libre** deben estar en el **contenedor con la etiqueta original en Inglés** (no se aceptan bolsitas, papel de aluminio o medicamentos sueltos).
2. Una nota escrita por el padre o tutor **no puede** reemplazar las instrucciones de la etiqueta de los medicamentos prescritos o de venta libre.
3. Los estudiantes en el mismo hogar **no** pueden **compartir** medicamentos. Cada alumno debe tener su **medicamento individual**.
4. El padre o tutor debe proporcionar al personal de la clínica o al director/a la medicina con instrucciones específicas y cualquier otro material necesitado para administrar la medicina.
5. Es la responsabilidad del padre o tutor de informar a la escuela de cualquier cambio. Si hay un cambio en la dosis prescrita, un contenedor con nueva etiqueta de farmacia o una nota firmada por el médico autorizado debe ser proporcionada.
6. Todos los medicamentos deben ser traídos directamente a la oficina o clínica por un padre o tutor.
7. Medicina no utilizada será **dispuesta** a menos que sea recogida por un padre o tutor antes del **último día de escuela**.
8. Si es necesario la escuela se pondrá en contacto con el médico o farmacia en lo que respecta a los medicamentos prescritos.

Nombre del Medicamento _____

Dosis _____

Ruta (¿Cómo es dada la medicina?) _____

Administrar de _____ **a** _____
(Fecha de inicio) (Fecha final)

Hora que la medicina debe ser dada _____
***** Note si es diferente a las direcciones de la etiqueta la escuela no dará el medicamento *****

Número de pastillas en el contenedor (Recetas Solamente) _____

Alergias_____

Numero de Teléfono _____

Solicito al Sistema Escolar de Sheldon ISD, a través de la enfermera o designados del director/a, que supervisen o asistan en la administración de medicamentos para mi hijo/a, nombrado anteriormente, de acuerdo con las instrucciones que aparecen escritas anteriormente. Estoy de acuerdo de exonerar y librar de responsabilidad al distrito escolar, su consejo escolar, la escuela y a los empleados del distrito escolar de cualquier demanda por pérdidas o cargos sufridos relacionados con la administración del medicamento nombrado anteriormente de mi hijo/a. Estoy vigente que este permiso debe renovarse cada año para los medicamentos que se necesitan de forma continua.

_____

Firma de Padre/ Guardián **Fecha**