



MEDICATION ADMINISTRATION RECORD 2026-2027

Grade/Room _____

Student name:	Delivered to school on:	Count:
ID #:	Date: Count: Date: Count:	
Diagnosis:	Date: Count: Date: Count:	
Medication:	Date: Count: Date: Count:	
Dosage(s)/Time(s)/Route(s):	Date: Count: Date: Count:	
Daily or PRN	Date: Count: Date: Count:	
Signature & Title Initials	Signature & Title Initials	

	Dt	Aug	Dt	Sept	Dt	Oct	Dt	Nov	Dt	Dec	Dt	Jan	Dt	Feb	Dt	Mar	Dt	Apr	Dt	May
Mon												1		1						
Tues			1					1				2		2						
Wed			2					2				3		3*						
Thur			3		1			3				4		4		1*				
Fri			4		2			4		H		5		5		2*				
Mon			H		5		2		7		4		8		8		5		3	
Tues			8		6		3		8		5		9		9		6		4	
Wed			9		7*		4		9*		6		10*		10		7		5	
Thur			10		8		5		10		7		11		11		8		6	
Fri			11		9		6		11		8		12		12		9		7	
Mon	10		14		H		9		14		11		H		H		12		10	
Tues	11		15		H		10		15		12		16		H		13		11	
Wed	12		16*		H		H		16*		13*		17		H		14		12*	
Thur	13		17		H		12		17*		14		18		H		15		13	
Fri	14		18		H		13		18*		15		19		H		16		14	
Mon	17		H		19		16		H		H		22		22		19		17	
Tues	18		22		20		17		H		19		23		23		20		18	
Wed	19		23		21		18*		H		20		24		24		21		19	
Thur	20		24		22		19		H		21		25		25		22		20	
Fri	21		25		23		20		H		22		26		H		23		21	
Mon	24		28		26		23		H		25				29		26		24	
Tues	25		29		27		24		H		26				30		27		25*	
Wed	26*		30		28*		H		H		27				31*		28*		26*	
Thur	27				29*		H		H		28						29		27*	
Fri	28				30*		H				29						30			
Mon	31						30													

Comments: _____



School Health Program
Programa de salud escolar

Parent/Guardian Request for Administration and Release of Information 2026-2027

Consentimiento de los padres/tutor legal para administración de medicamentos y divulgación de información

I hereby request and give my consent for the School Nurse _____ (RN,)
Por medio de la presente solicito y doy mi permiso para que la enfermera de la escuela,

or Health Assistant, _____
o la auxiliar de salud

or Principal's designee _____ to see that my child receives the medication as listed below: o la persona designada por el director de la escuela de que vean que mi niño/a reciba el siguiente medicamento:

Name _____ Grade/Room _____ Date of Birth _____
Nombre Grado/Aula Fecha de nacimiento

Medication _____
Medicamento

Prescription Number _____ or over the counter _____
Número de la receta o sin receta

Dosage to be given _____
Dosis indicada

Time of day to be given _____
Hora que debe tomarlo

Reason for medication _____
Motivo del medicamento

Expected duration of treatment _____
Se espera que el tratamiento dure por

Physician's name and phone _____
Nombre y número de teléfono del médico

I understand that all medication must be brought to the Health Center by a parent/guardian where they will be secured and that school personnel will not be responsible for any reaction to medications given according to the above direction. I agree to notify the school immediately of any change in medication and provide the appropriate medical documentation/physician's order for any change. School personnel must follow the dosage and time(s) on the prescription label. Prescription must be for the current year. Over-the-counter medication must be age appropriate and in the original, sealed container.

Entiendo que todos los medicamentos deben traerse a la Enfermería donde estarán asegurados y que el personal de la escuela no será responsable de cualquier reacción debido al medicamento administrado conforme a las indicaciones anteriores. Acepto notificar de inmediato a la escuela de cualquier cambio de medicamento y que proporcionaré la documentación médica/orden del médico apropiada si hubiera algún cambio. El personal de la escuela debe seguir la dosis y las veces que debe tomar el medicamento según lo recetado en la etiqueta. La receta debe ser para el año actual. Los medicamentos sin receta deben ser apropiados para la edad del estudiante y deben estar en el envase original herméticamente cerrado.

I hereby authorize exchange of information with my child's health care provider regarding this medication. Por este medio autorizo el intercambio de información con el encargado de la salud del niño referente a este medicamento.

I understand that I am responsible for retrieving any unused medication at the end of the school year and understand that any medication not picked up will be discarded.

Entiendo que soy responsable de recoger cualquier medicamento que no se haya usado al final del curso escolar y entiendo que se desechará cualquier medicamento no se haya recogido.

Parent/Guardian signature _____ Date _____
Firma del padre/tutor legal Fecha

Parent/Guardian telephone _____ Parent/Guardian email _____
Teléfono del padre/tutor legal Email del padre/tutor lega