

APPENDIX C
HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
MEDICAL RELEASE FORM

School Name

Name: _____

Address: _____

Please include area code

Home Phone No.: _____ Alternative Phone No.: _____

Parent's Cellular No.: _____ Parent's Cellular No.: _____

Parent's Work No.: _____ Parent's Work No.: _____

I _____ release my daughter/son guardianship rights for the
following date(s) _____ .

District employees can only administer medication that has been prescribed by a doctor. District policy requires:

- Written physician and parent consent on file for each medication to be given
- All prescribed medication must be in the original container in which the prescription label is affixed.
- Students with asthma, life-threatening food allergies and diabetes may self-carry emergency medications with required consents
- All other prescribed medications must be administered by an authorized district employee.
- If school personnel already administer medication in accordance with this policy, then no further action is required.

A physician and parent consent has been provided for the following prescribed medications:

1. _____ (name of medication)	Dosage	_____	Taken at	_____
		(amount given)		(time)
2. _____ (name of medication)	Dosage	_____	Taken at	_____
		(amount given)		(time)
3. _____ (name of medication)	Dosage	_____	Taken at	_____
		(amount given)		(time)

My daughter/son has her/his hospital or medical card: _____ yes _____ no

In case of an Emergency please call _____ at _____
(if parent cannot be reached) (include area code)

In order to ensure a safe and enjoyable trip, please list any health conditions that your child may have.

My signature below gives you permission to take my daughter/son to a hospital or medical facility, gives my permission for my child to receive medical treatment and gives my permission for the above medication to be administered to my child.

_____ Parent Printed Name	_____ Parent Signature	_____ Date
------------------------------	---------------------------	---------------

_____ Sponsor Printed Name	_____ Sponsor Signature	_____ Date
-------------------------------	----------------------------	---------------

_____ Principal Printed Name	_____ Principal Signature	_____ Date
---------------------------------	------------------------------	---------------

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON
AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Escuela

Nombre: _____

Dirección: _____

Induya el prefijo local

Teléfono de casa: _____ Teléfono alternativo: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Yo _____ cedo la tutela de mi hijo(a) para la siguiente

fecha(s) _____. Mi hijo(a) toma los siguientes
medicamentos y se le deben administrar en este viaje siguiendo las indicaciones:

- | | | | | |
|---------------------------|-------|---------------------|-------|-----------------|
| 1. _____
(medicamento) | Dosis | _____
(cantidad) | A las | _____
(hora) |
| 2. _____
(medicamento) | Dosis | _____
(cantidad) | A las | _____
(hora) |
| 3. _____
(medicamento) | Dosis | _____
(cantidad) | A las | _____
(hora) |

Mi hijo(a) tiene su tarjeta médica: _____ sí _____ no

En caso de emergencia por favor llame _____ al _____
a _____
(si no se puede comunicar con los padres) _____ (Incluya el prefijo local)

Para que el viaje sea agradable y seguro, por favor incluya cualquier condición médica de su hijo(a).

Mi firma autoriza llevar a mi hijo(a) a un hospital o centro médico y recibir atención médica y que se le administren los medicamentos listados arriba.

Nombre del padre o madre (anote)

Firma del padre o madre

Fecha

Nombre del organizador

Firma del organizador

Fecha

Nombre del director

Firma del director

Fecha