



**School Health Program**  
Programa de salud escolar

**Parent/Guardian Request for Administration and Release of Information 2018-2019**

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 legal \_\_\_\_\_



2018-2019

Student Name: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grade/Rm: \_\_\_\_\_

SCHOOL HEALTH PROGRAM

MEDICATION ADMINISTRATION RECORD

Student: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_

Dosage(s)/Time(s)/Route(s): \_\_\_\_\_

Daily or PRN \_\_\_\_\_

Delivered to school on:		Count:	
Date:	Count:	Date:	Count:
Date:	Count:	Date:	Count:
Date:	Count:	Date:	Count:
Date:	Count:	Date:	Count:
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			H		1				3								1			
Tues	7		4		2				4		H						2			
Wed	8		5		3				5		H						3		1	
Thurs	9		6		4		1		6		H						4		2	
Fri	10		7		5		2		7		H	1		1			5		3	
Mon	13		H		H		5		10		H	4		4			8		6	
Tues	14		11		H		6		11		8	5		5			9		7	
Wed	15		12		H		7*		12*		9	6		6*			10		8	
Thurs	16		13		H		8		13		10	7		7			11		9	
Fri	17		14		H		9		14		11	8		8			12		10	
Mon	20		17		H		H		17		14	11		H			15		13	
Tues	21		18		16		13		18		15	12		H			16		14	
Wed	22		H		17**		14		19		16*	13*		H			17		15*	
Thurs	23		20		18**		15		20		17	14		H			18		16	
Fri	24		21		19**		16		21		18	15		H			H		17	
Mon	27		24		22		19		H		H	H		18			22		20	
Tues	28		25		23		20		H		22	19		19			23		21	
Wed	29*		26		24		H		H		23	20		20**			24		22	
Thurs	30		27		25		H		H		24	21		21**			25		23	
Fri	31		28		26		H		H		25	22		22**			26		24	
Mon					29		26		H		28	25		25			29		H	
Tues					30		27				29	26		26			30		28	
Wed					31*		28				30	27		27					29	
Thurs							29				31	28		28						
Fri							30										29			

Comments: \_\_\_\_\_