

**Parental Request/Permission to Have Medication  
Administered in School**

If it is necessary for your child to receive medication during the school day, please do the following:

- Send the medication to school with a responsible individual if you are unable to take it to school.
- Send the medication in the original container. If a prescription, the container must be properly labeled with correct name, time, dose, date, and prescribing licensed healthcare provider.
- Count the tablets (unless the number of tablets is the exact number on the label) or approximate amount of liquid in the bottle.
- Pick up the medication from school at the end of the school year.

Date \_\_\_\_\_

Student's Name \_\_\_\_\_

Medication \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Reason for Medication \_\_\_\_\_

Allergies to any medications \_\_\_\_\_

Number of tablets sent \_\_\_\_\_

Amount of liquid \_\_\_\_\_

I am aware that the school nurse may need to contact the prescribing healthcare provider or pharmacist relative to the medication/treatment and that he/she is required to use nursing judgment regarding all medication administration. I give my permission for medication administration by the school nurse.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

-----  
Nurse's Signature \_\_\_\_\_

Number of tablets/amount of liquid received \_\_\_\_\_

Pedido de los Padres para que se Administre un Medicamento/Tratamiento  
Con Receta en la Escuela

Si es necesario que su hijo(a) tome un medicamento durante el día escolar, por favor hagan lo siguiente:

- Enviar el medicamento a la escuela con una persona responsable si no lo pueden traer ustedes mismos. *Los estudiantes no pueden llevar drogas controladas*
- Enviar el medicamento en el envase original adecuadamente etiquetado con el nombre correcto, horario, dosis y fecha.
- Contar los comprimidos o calcular aproximadamente el líquido del envase que están enviando.
- Completar la parte de abajo de esta hoja.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_

Medicamento(s) \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Motivo del medicamento: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Cantidad de comprimidos enviados: \_\_\_\_\_

Cantidad de líquido enviado: \_\_\_\_\_

Estoy informado de que la enfermera escolar puede tener que ponerse en contacto con el profesional de la salud que ha recetado el medicamento o con el farmacéutico en relación con el medicamento/tratamiento y doy mi autorización para ello.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cantidad de comprimidos/cantidad de líquido recibido: \_\_\_\_\_