

Dear Parent/Guardian:

If it is necessary for your child to take medication at school, you must read and complete the following form.

Medicine can only be given by school personnel if ordered by a physician. Medication ordered by a physician or labeled by a pharmacist needs only a parent request (part 1). Request to give over the counter medication or to have a child carry their medications must be accompanied by a signed request from both the physician and the parent/guardian (parts 1 and 2).

PARENTAL MEDICATION REQUEST

I HEREBY CONFIRM MY PRIMARY RESPONSIBILITY TO ADMINISTER MEDICATION TO MY CHILD. HOWEVER, IF MY CHILD MUST RECEIVE MEDICATION WHILE IN SCHOOL, I AUTHORIZE SCHOOL DISTRICT 65 AND ITS EMPLOYEES TO ADMINISTER LAWFULLY PRESCRIBED MEDICATION TO MY CHILD. I ACKNOWLEDGE THAT IT MAY BE NECESSARY THAT THE ADMINISTRATION OF MEDICATIONS TO MY CHILD BE PERFORMED BY A HEALTH CLERK OR OTHER INDIVIDUAL WHO IS NOT A CERTIFIED SCHOOL NURSE AND SPECIFICALLY CONSENT TO SUCH PRACTICES. I FURTHER ACKNOWLEDGE AND AGREE THAT, WHEN THE LAWFULLY PRESCRIBED MEDICATION IS SO ADMINISTERED OR ATTEMPTED TO BE ADMINISTERED, I WAIVE ANY CLAIMS I MIGHT HAVE AGAINST THE SCHOOL DISTRICT AND ITS EMPLOYEES AND AGENTS ARISING OUT OF THE ADMINISTRATION OF SAID MEDICATION. IN ADDITION, I AGREE TO HOLD HARMLESS AND INDEMNIFY THE SCHOOL DISTRICT AND ITS EMPLOYEES FROM AND AGAINST ANY AND ALL CLAIMS, DAMAGES, CAUSES OF ACTION OR INJURIES INCURRED OR RESULTING FROM THE ADMINISTRATION OR ATTEMPTS AT ADMINISTRATION OF SAID MEDICATION.

I WILL NOTIFY THE SCHOOL OF ANY CHANGE IN MEDICATION OR DOSAGE AND WILL SEND THE SCHOOL A WRITTEN ORDER FROM THE DOCTOR WHEN A CHANGE IS NECESSARY.

PART 1

I HEREBY REQUEST THAT SCHOOL PERSONNEL ADMINISTER THE FOLLOWING MEDICATION(S) TO:

	NAME OF CHILD			
1.	_____	_____	_____	_____
	MEDICATION	DOSAGE	TIME	START & STOP DATES
2.	_____	_____	_____	_____
	MEDICATION	DOSAGE	TIME	START & STOP DATES

PARENT'S/GUARDIAN'S SIGNATURE _____ **DATE** _____

PART 2

Physician's signature required for over the counter medications, child to carry medications, additional clarification, etc.

Requests/comments:

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____ **DATE** _____ **TELEPHONE NUMBER** _____

Estimado Padre/Tutor:

Si es necesario que su hijo(a) tome medicinas mientras está en la escuela, usted debe leer y completar el siguiente formulario.

La medicina podrá ser administrada únicamente por un empleado de la escuela, si así lo indica el doctor. La medicina recetada por un doctor o con una etiqueta de la farmacia, sólo necesita la autorización de uno de los padres (parte 1). Si usted solicita que la escuela le administre a su niño(a) medicina sin receta médica, o que el niño(a) traiga su propia medicina, ésta deberá estar acompañada por un formulario firmado por el doctor y el padre/tutor (partes 1 y 2).

PETICIÓN DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

POR LA PRESENTE CONFIRMO QUE MI PRIMERA RESPONSABILIDAD ES ADMINISTRAR MEDICINA A MI HIJO(A). SIN EMBARGO, SI MI HIJO(A) TIENE QUE RECIBIR MEDICINA MIENTRAS ESTÁ EN LA ESCUELA, YO AUTORIZO AL DISTRITO ESCOLAR 65 Y A SU PERSONAL ADMINISTRAR A MI HIJO(A) LA MEDICINA CORRECTAMENTE PRESCRITA. ADMITO QUE PODRÁ SER NECESARIO QUE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICINA SEA HECHA POR UN EMPLEADO DE SALUD O CUALQUIER OTRO INDIVIDUO Y NO POR LA ENFERMERA CERTIFICADA DE LA ESCUELA. TAMBIÉN ACEPTO Y ESTOY DE ACUERDO DE QUE CUANDO LA MEDICINA CORRECTAMENTE PRESCRITA SEA ADMINISTRADA O TRATEN DE ADMINISTRARLA, RENUNCIAR A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE YO PUEDA TENER CONTRA EL DISTRITO ESCOLAR Y SU PERSONAL. ADEMÁS, ESTOY DE ACUERDO EN NO CULPAR E IDEMNIZAR A LA ESCUELA, AL DISTRITO ESCOLAR Y A SUS EMPLEADOS EN CONTRA DE CUALQUIER Y TODA DEMANDA DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE PUEDA OCURRIR POR EL RESULTADO DE LA ADMINISTRACIÓN DE DICHA MEDICINA O POR TRATAR DE ADMINISTRARLA.

NOTIFICARÉ A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN LA MEDICINA O EN LA DÓISIS Y CUANDO SEA NECESARIO ENVIARÉ A LA ESCUELA UNA ORDEN POR ESCRITO DEL DOCTOR.

PARTE 1

POR LA PRESENTE SOLICITO QUE UN EMPLEADO DE LA ESCUELA ADMINISTRE LA SIGUIENTE MEDICINA A:

NOMBRE DEL NIÑO(A)

1.	_____	_____	_____	_____
	MEDICINA	DÓISIS	HORA	FECHAS PARA EMPEZAR Y TERMINAR
2.	_____	_____	_____	_____
	MEDICINA	DÓISIS	HORA	FECHAS PARA EMPEZAR Y TERMINAR

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

PARTE 2

La firma del doctor será exigida para las medicinas sin receta médica, también para los medicamentos que el niño(a) traiga a la escuela, o para cualquier clarificación que sea necesaria hacer, etc.

Solicitudes/comentarios:

FIRMA DEL DOCTOR

FECHA

NÚMERO DE TELÉFONO