POTH INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

MEDICATION ADMINISTRATION REQUEST FORM

This form must be completed and signed by the parent/guardian before any medication can be given at school.

ALL MEDICATION to be given at school will require either a written prescription or an up-to-date pharmacy label reflecting a current physician's order.

All medication must be brought to the clinic by the parent.

Medication brought to school by the student will not be administered.

Student's Name:	
Medication & Strength:	
Dose:	**Route:**
Time(s) to be given at school:	
For how long?	
Reason for Medication / Special Instructions:	

I request and give permission for the school nurse or other authorized personnel to administer this medication to my child.

Parent/Guardian Name (Printed):_____**Phone#:**_____

Parent/Guardian Signature:_____**Date:**_____

****All non-prescriptive, over the counter or sample medication must have a doctor signature in addition to the parent's signature in order to be given at school.**

Physician's Signature:_____**Date:**_____

FAX FORM TO SCHOOL NURSE AT: 830-484-0197

P.O. BOX 250
POTH, TX 78147
Office: (830) 484-3330 Fax: (830) 484-2961

POTH INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

SOLICITUD DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO

Los padres deben llenar este formulario y firmarlo antes que cualquier medicamento se pueda administrar en la escuela

TODO MEDICAMENTO que se proporcionara en la escuela requerirá una receta médica escrita en una etiqueta reciente de la farmacia

Todo medicamento debe ser entregado a la clínica por los padres.

Medicamento entregados a la escuela por un estudiante no sera administrado.

Nombre del Estudiante:	
Medicamento y Concentración:	
Dosis:	**Vía de Administración:**
Horario(s) de administrar en la escuela:	
¿Por cuánto tiempo?	
Razón para el medicamento/ Instrucciones Especiales:	

Yo solicito y doy permiso que la enfermera de la escuela u otro personal autorizado administre medicamento a mi hijo(a).

Nombre de Padre/Tutor (letra de molde):_____ #deTeléfono:_____

Firma de Padre/Tutor:_____ Fecha:_____

*****Todo medicamento sin receta médica, o que son muestras deberán tener una firma de doctor además de la firma de los padres para que se pueda administrar en la escuela.***

Firma del Doctor:_____ Fecha:_____

Mande esta forma por fax a la enfermera de la escuela al: 830-484-0197