



**BASTROP
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**

SECTION 1 - STUDENT INFORMATION	
Student Name: _____	DOB: _____
Parent Name: _____	
Daytime Phone #: _____	Alternate #: _____
List student's allergies: _____	
List <u>ANY OTHER</u> medication student is taking: _____	
SECTION 2 – MEDICATION INFORMATION	
Name of Medicine #1: _____	
Dose: _____	Time(s) to be given: _____
Name of Medicine #2: _____	
Dose: _____	Time(s) to be given: _____
Name of Medicine #3: _____	
Dose: _____	Time(s) to be given: _____
Name of Medicine #4: _____	
Dose: _____	Time(s) to be given: _____
SECTION 3 – PARENTAL CONSENT	
1. In order to administer medication to your child, we must have: A. Your signed permission B. All medication must be in the labeled original container C. For medication that needs to be taken at home and at school, ask your pharmacist to fix two bottles for you so that you may leave one at school (children do forget to pick up medication to take home).	
2. I give permission for the person appointed by the school to give medication as directed to my child when needed at school. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3. Any restrictions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Please list: _____	
Date: _____	Parent/guardian Signature: _____
Printed Name: _____ Relationship: _____	



**BASTROP
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**

LA SECCION 1 - INFORMACION DE ESTUDIANTE	
Nombre de estudiante : _____	Fecha de nacimiento : _____
Nombre de padre: _____	
Teléfono diurno #: _____	Suplente #: _____
Liste las alergias de estudiante: _____	
Liste a <u>CUALQUIER OTRO</u> medicina toma el estudiante: _____	

LA SECCION 2 – INFORMACION DE MEDICINA	
Nombre de medicina #1: _____	
Dosis: _____	Los tiempos de ser dados: _____

Nombre de medicina #2: _____	
Dosis: _____	Los tiempos de ser dados: _____

Nombre de medicina #3: _____	
Dosis: _____	Los tiempos de ser dados: _____

Nombre de medicina #4: _____	
Dosis: _____	Los tiempos de ser dados: _____

LA SECCION 3 – CONSENTIMIENTO PATERNAL	
1. Para administra la medicina a su niño, nosotros debemos tener: A. Su permiso firmado B. El medicamento necesita estar en la botella o caja original con la receta original. C. Para la medicina que se necesita ser tomada en la casa y en la escuela, pide le al boticario que fije dos botellas. Una para usted y la otra para la escuela. (los niños se olvidan de recoger y dejar medicina)	
2. Doy permiso para la persona designada por la escuela a dar medicina como dirigido a mi niño cuando sea necesario al colegio. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3. Cualquier restricción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Liste por favor: _____	
Fecha: _____	Firma de cría/guardián: _____
Nombre impreso: _____	Relación: _____