



BASTROP ISD PHYSICIAN'S PERMIT FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOL

Student Name

Birth Date

Campus

It is necessary for the above student to receive medication at school for the following reasons:

to be given under the supervision of the school nurse.

Name of Medication

Dosage

How often/What time to be given: _____

Potential Side Effects of this medication: _____

Date to Discontinue: _____

Form of Medication: _____ (tablet, capsule, liquid, etc.)

Physician's Signature

Date

PARENTAL PERMIT TO ADMINISTER MEDICATION IN SCHOOL

I request and give permission for the above medication prescribed by Dr. _____
to be given to my child _____ as he/she directs under the supervision and
direction of the school nurse. All prescription medications will be properly labeled by a
pharmacist and will be brought to school in the original container.

Parent Signature

Date

*This form is good for the current school year only. Should there be medication changes, an
additional form will need to be filled out and signed by the prescribing physician.



PERMISO DEL MÉDICO DE BASTROP ISD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Campus

Es necesario que el estudiante mencionado anteriormente reciba medicamentos en la escuela por las siguientes razones:

ser administrado bajo la supervisión de la enfermera de la escuela.

Nombre del medicamento

Dosis

Con qué frecuencia/a qué hora se debe administrar: _____

Posibles efectos secundarios de este medicamento: _____

Fecha para suspender: _____

Forma de medicamento: _____ (tableta, cápsula, líquido, etc.)

Firma del médico

Fecha

PERMISO DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Solicito y doy permiso para que el medicamento anterior recetado por el Dr. _____ se le dé a mi hijo _____ según sus indicaciones, bajo la supervisión y dirección de la enfermera de la escuela. Todos los medicamentos recetados estarán debidamente etiquetados por un farmacéutico y se traerán a la escuela en el envase original.

Firma de los padres

Fecha

*Este formulario es válido únicamente para el año escolar actual. En caso de que haya cambios en los medicamentos, el médico que prescribe deberá completar y firmar un formulario adicional.