



REQUEST TO ADMINISTER MEDICATION

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ ID: _____
Medication Allergies: _____ Other Medications taken: _____
Parent/Guardian Name: _____ Phone Number: _____

I _____, request that designated personnel of Bastrop ISD administer the medication listed below to my child according to the label and/or physician instructions. I agree to furnish an adequate amount of medication in the original container. I understand that Bastrop ISD personnel will protect my child and not administer medication if this form is not completed or the medication is not furnished as required.

Medication #1	Expiration date: _____
Medication: _____	
Dose on label: _____	Dose to be given: _____
Instructions: _____	
Time(s) to be given: <input type="checkbox"/> At: _____	<input type="checkbox"/> As needed for _____
Dates to be given: From _____ To _____	
Reason for medication: _____	
Medication #2	Expiration date: _____
Medication: _____	
Dose on label: _____	Dose to be given: _____
Instructions: _____	
Time(s) to be given: <input type="checkbox"/> At: _____	<input type="checkbox"/> As needed for _____
Dates to be given: From _____ To _____	
Reason for medication: _____	

- Medication must be provided by the student's guardian.
- Medications to be given longer than 10 days are to have a physician's note and/or order.
- Medication must be in its original container with dosing instructions (not a blister pack, ziplock bag, or dosing syringe).
- All medications must be in the original container. Prescriptions must have a current pharmacy label stating name, drug, dose, and instructions.
- I understand that I can initiate a 504 plan for my student.
- Any supplements administered are to be FDA approved and have a physician's note with rationale and instructions.
- Expired medication cannot be administered. Unclaimed medication will be destroyed after the last day of school.
- **Students in grades PreK-8 are not allowed to carry medication onto school property or district transportation unless entitled by law.**

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

**SOLICITUD PARA ADMINISTRAR
MEDICAMENTOS**

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **ID:** _____
Nombre del Medicamentos Alergias: _____ **Otros medicamentos tomados:** _____
Padre/Tutor: _____ **Número de teléfono:** _____

Yo _____, solicito que el personal designado de Bastrop ISD administre a mi hijo el medicamento que se indica a continuación de acuerdo con la etiqueta y / o las instrucciones del médico. Acepto proporcionar una cantidad adecuada de medicamento en el envase original. Entiendo que el personal de Bastrop ISD protegerá a mi hijo y no administrará medicamentos si no se completa este formulario o si el medicamento no se proporciona como se requiere.

Medicamento # 1	Fecha de vencimiento: _____
Medicamento: _____	
Dosis en la etiqueta: _____ Dosis a administrar: _____	
Instrucciones: _____	
Hora(s) a administrar: <input type="checkbox"/> A las: _____ <input type="checkbox"/> Según sea necesario para _____	
Fechas que deben administrarse: Desde _____ Hasta _____	
Razón de la medicación: _____	

Medicamento # 2	Fecha de vencimiento: _____
Medicamento: _____	
Dosis en la etiqueta: _____ Dosis a administrar: _____	
Instrucciones: _____	
Hora(s) a administrar: <input type="checkbox"/> A las: _____ <input type="checkbox"/> Según sea necesario para _____	
Fechas que deben administrarse: Desde _____ Hasta _____	
Razón de la medicación: _____	

- El tutor del estudiante debe proporcionar la medicación.
- Los medicamentos que se administren durante más de 10 días deben tener una nota y / u orden del médico.
- La medicación debe estar en su envase original con instrucciones de dosificación (no un blister, bolsa ziplock o jeringa dosificadora).
- Todos los medicamentos deben estar en el envase original. Las recetas deben tener una etiqueta de farmacia actual que indique el nombre, el medicamento, la dosis y las instrucciones.
- Entiendo que puedo iniciar un plan 504 para mí estudiante.
- Todos los suplementos administrados deben ser aprobados por la FDA y tener una nota del médico con la justificación y las instrucciones.
- No se pueden administrar medicamentos vencidos. Los medicamentos no reclamados serán destruidos después del último día de clases.
- Los estudiantes en los grados PreK-8 no pueden llevar medicamentos a la propiedad escolar o al transporte del distrito a menos que la ley lo autorice.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____