

REQUEST TO ADMINISTER MEDICATION

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ ID: _____ Gr: _____
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 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: ☐ At: _____ ☐ 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: ☐ At: _____ ☐ As needed for _____	
Dates to be given: From _____ To _____	
Reason for medication: _____	

- Medication must be provided by the student's guardian.
- **ALL Medications to be given are to have a physician's order; for scheduled medications this will require an order in addition to the prescription label (a print out of the prescription will be acceptable)**
- **The medication order for scheduled medications must have a specific time to be administered**
- 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 discarded after the last day of school.
- **Students may not carry medication without a doctor's order on file.**

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

SOLICITUD PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID: _____ Grado: _____

Alergias a medicamentos: _____

Otros medicamentos tomados: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Número de teléfono: _____

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

Medicamentos #1 Fecha de vencimiento: _____

Medicamento: _____

Dosis en la etiqueta: _____ Dosis a administrar: _____

Instrucciones: _____

Hora(s) que se darán: ☐ A las: _____ ☐ Según sea necesario para _____

Fechas a dar: Del _____ Al _____

Motivo de la medicación: _____

Medicamentos #2 Fecha de vencimiento: _____

Medicamento: _____

Dosis en la etiqueta: _____ Dosis a administrar: _____

Instrucciones: _____

Hora(s) que se darán: ☐ A las: _____ ☐ Según sea necesario para _____

Fechas a dar: Del _____ Al _____

Motivo de la medicación: _____

- Los medicamentos deben ser proporcionados por el tutor del estudiante.
- **TODO Los medicamentos a administrar deberán contar con orden médica; para los medicamentos programados, esto requerirá un pedido además de la etiqueta de la receta (se aceptará una copia impresa de la receta)**
- **La orden de medicación para medicamentos programados debe tener un horario específico para ser administrado**
- El medicamento debe estar en su envase original con instrucciones de dosificación (no en un blister, una bolsa ziplock o una jeringa dosificadora).
- Todos los medicamentos deben estar en el envase original. Las recetas deben tener una etiqueta de farmacia vigente que indique el nombre, el medicamento, la dosis y las instrucciones.
- Entiendo que puedo iniciar un plan 504 para mi estudiante.
- Todos los suplementos administrados deben estar aprobados por la FDA y tener una nota del médico con los fundamentos y las instrucciones.
- No se pueden administrar medicamentos caducados. Los medicamentos no reclamados se desecharán después del último día de clases.
- **Los estudiantes no pueden llevar medicamentos sin una orden médica registrada..**

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____