



| Section 1-Student Information | |
|--|----------------------------------|
| DOB: _____ | Student ID #: _____ |
| Student Name: _____ | |
| Parent Name: _____ | |
| Daytime Phone #: _____ | Alternate #: _____ |
| List student's allergies: _____ | |
| List ANY OTHER medication student is taking: _____ | |
| Section 2-Medication Administration | |
| 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 | |
| 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 special instructions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____ | |
| Date: _____ | Parent/Guardian Signature: _____ |
| Printed Name: _____ | Relationship: _____ |



| INFORMACION DE ESTUDIANTE | |
|--|--------------------------------|
| Nombre de estudiante : _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| Nombre de padre: _____ | Nombre de estudiante : _____ |
| número de identificación _____ | Teléfono Principal #: _____ |
| Liste las alergias de estudiante: _____ | |
| Liste a CUALQUIER OTRO medicina toma el estudiante: _____ | |
| INFORMACION DE MEDICAMENTO | |
| 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: _____ | |
| CONSENTIMIENTO PATERNAL | |
| <p>1. Para administra la medicina a su niño, nosotros debemos tener:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) | |
| <p>2. Doy permiso para la persona designada por la escuela a dar medicina como dirigida a mi niño cuando sea necesario al colegio. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> | |
| <p>3. ¿Alguna instrucción especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> | |
| Fecha: _____ | Firma de padre/guardián: _____ |
| Nombre impreso: _____ | Relación: _____ |