

Parent Request And Authorization For Medication To Be Taken During School Hours, Medication Transport To/From School, And End-Of-Year Medication Disposition

PARENT/GUARDIAN: Please complete this form and return to the school nurse.
 (PADRE/TUTOR: Por favor llene este formulario y regréselo a la enfermera escolar.)

I request the school nurse, or other designated school official, administer to the student named below the following medication:
 (Solicito a la enfermera escolar, o cualquier otro miembro designado del personal escolar, que administre al estudiante mencionado a continuación, el medicamento siguiente:)

Student Name (Nombre del Estudiante): _____ **Grade (Grado):** _____

Medication (Medicamento): _____

Reason for Medication
 (Razón para tomar el medicamento): _____

Dosage (Dosis): _____

Time (Hora): _____ **Dates (Fechas): From (Desde)** _____ **To (Hasta)** _____

Prescription medication is to be brought to the school in its original prescription container with a current dispensing pharmacy label affixed. The label shall indicate the student's name, prescription number, name of medication, dosage, and number of times a day to be administered. Non-prescription (over-the-counter) medication must also be brought to school in its original container. The date, time to be given, and amount to be given are entered above.

(Un medicamento recetado debe traerse a la escuela en el frasco original de la farmacia, con la etiqueta actualizada indicando el nombre del estudiante, número de la receta, nombre del medicamento, dosis y las veces al día que se debe administrar. Si es un medicamento que no necesita receta (over the counter), está en su frasco original. La fecha, hora de administración y cantidad a ser administrado, están indicadas arriba.)

I understand that all medication must be kept in a locked cupboard in the school Health Office and that it is the student's responsibility to report to the Health Office for the administration of the medication at the prescribed time. I agree to, and do hereby hold the District and its employees harmless for any and all claims, demands, causes of action, liability or loss of any sort, because of, or arising out of, acts or omissions with respect to this medication. I authorize communication between the school nurse or other designated school officials and the child's physician regarding this medication.

(Entiendo que todos los medicamentos se deberán guardar bajo llave en el Centro de Salud de la escuela y que es la responsabilidad del estudiante el reportarse al Centro de Salud para recibir su medicamento a la hora prescrita. Estoy de acuerdo en que el Distrito y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento. Autorizo la comunicación entre la enfermera escolar u otro miembro designado del personal de la escuela y el doctor del niño, en relación con este medicamento.)

I further understand, according to the Arizona School Health Guidelines Manual for Registered Nurses, medication is to be brought to the school by the parent/guardian and checked in with the nurse; at the end of each school year, the parent/guardian must pick up any remaining stock of medication. Please indicate your choice for medication transport/end of year medication disposition by placing your INITIALS in the box next to your choice below.

(También entiendo que, de acuerdo a las Normas del Manual de Salud Escolar para Enfermeras Registradas de Arizona, los medicamentos se deben traer a la escuela por un padre/tutor y entregados a la enfermera; al final del año escolar, el padre/tutor deberá recoger cualquier medicamento sobrante. Por favor indique su decisión para el transporte o disposición de medicamentos al final del año escolar, escribiendo sus INICIALES en el cuadro junto a su selección más adelante.)

I give permission for my child to transport medication to and from school during the school year. In doing so, I agree to, and do hereby hold the District and its employees harmless for any and all claims, demands, causes of action, liability or loss of any sort, because of, or arising out of, acts or omissions with respect to the transport of this medication.

(Doy permiso a mi hijo para transportar medicamentos a, y desde la escuela durante el año escolar. Estoy de acuerdo en que el Distrito y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a o como resultado de actos u omisiones con respecto al transporte de este medicamento.)

I will be responsible for personally delivering my child's medication to the nurse as well as picking up any remaining medication at the end of the school year. I understand that any medication that remains in the Health Office after the last day of school is subject to being destroyed.

(Yo me haré responsable por entregar personalmente el medicamento de mi hijo a la enfermera, lo mismo que por recoger cualquier medicamento sobrante al final del año escolar. Entiendo que cualquier medicamento que quede en el Centro de Salud después del último día de escuela, esta sujeto a ser destruido.)

Signature _____
 (Firma)

Date _____
 (Fecha)

Print Name _____
 (Nombre en Imprenta)

School _____
 (Escuela)

Home Phone _____
 (Teléfono casa)

Work Phone _____
 (Teléfono trabajo)

Pager/Cell Phone _____
 (Pager/Teléfono celular)