

PARENTAL REQUEST FORM FOR PRESCRIBED MEDICATION
(Hoja de Pedido Para la Administración de Medicinas Recetadas)

Student's Name (aka) Student's ID Date of Birth
School and School Hours Lunch Period

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR AUTHORIZED PRESCRIBER

Diagnosis/Reason for Medication:

Name of Medication(s):

Medication Form: [] tablet/capsule [] liquid [] inhaler
[] injection [] other

Special Storage Requirements: [] refrigerate [] none [] other

Start Date:

Stop Date: [] end of school year [] other/duration:
[] for episodic/emergency events only

Instructions (Schedule and dosage to be given):

At School:

At Home:

(please include all medications taken daily)

Restrictions/Side Effects:

Is student capable and responsible for self-administering this medication:

[] No [] Yes (supervised) [] Yes (unsupervised)

May student carry this medication? [] Yes [] No

Please indicate if you have provided additional information: [] Yes [] No

If so, describe:

Date: Signature:

(Authorized Provider)

Physician's Printed Name:

Address:

Phone Number and Emergency Number:

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN
(El Padre/madre/encargado llena esta parte.)

Doy permiso para que mi hijo/a, , reciba el medicamento arriba indicado en su escuela de acuerdo a la política del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland y todo el personal escolar está exonerado de cualquier responsabilidad, asociada con la administración de este medicamento. Entiendo que tal medicamento tiene que traerse a la escuela en un recipiente que el farmacéutico haya dispensado. También entiendo que al pedir que el personal del Distrito administre este medicamento a mi hijo/a, también doy permiso para que el médico que la recetó se comunique con la enfermera escolar con relación a un plan de tratamiento para mi hijo/a.

Fecha: Firma del Padre/madre:

Dirección:

Teléfono: (casa) (trabajo/emergencia)

Revisado por la Enfermera (nombre): Fecha: