

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

1. Please have an adult deliver the medication and completed form to the school.
2. After the date for discontinuance of medication specified by the physician, changes to or continuance of these arrangements must be secured by filling out a newly dated copy of this form. All medication requests must be renewed each school year if continuation of the medication is necessary.
3. Alternate procedures for emergencies in the absence of the nurse is as follows:

4. I request that the school nurse, or other person designated by the principal, administer the medication as directed by the physician on the front of this sheet. I understand that the school nurse has my permission to communicate with the prescribing physician on matters related to this medication. I agree to save and hold the district, its officers, employees or agents, harmless from all liability, suits or claims, of whatever nature or kind, which might arise as a result of administering the medication in accord with this request.

Parent or Guardian's Signature _____ Month _____ Day _____ Year _____

PARA LLENARSE POR EL PADRE, MADRE O TUTOR

1. Por favor, pida a un adulto que entregue el medicamento y el formulario completo a la escuela.
2. Después de la fecha especificada por el médico para descontinuar el medicamento, se deberán indicar los cambios o la continuación del procedimiento presentando una nueva copia fechada de este formulario. Todas las solicitudes de administración de medicamentos deberán renovarse cada año escolar si es necesario continuarlos.
3. El procedimiento alternativo para emergencias cuando la enfermera se encuentre ausente es como sigue:

4. Solicito que la enfermera de la escuela, u otra persona designada por el director/directora, administre el medicamento según lo indica el médico en el frente de esta hoja. Entiendo que la enfermera de la escuela tiene mi autorización para comunicarse con el médico que recetó el medicamento respecto a asuntos relacionados con este medicamento. Acepto mantener al distrito, a sus funcionarios, empleados o agentes, libres de culpa y de toda responsabilidad, demandas o reclamaciones, cualquiera que sea su naturaleza, que pudieran surgir como resultado de administrar el medicamento de acuerdo con esta solicitud.

Firma del Padre/Madre o Tutor _____ Mes _____, Día _____ Año _____