

DES MOINES PUBLIC SCHOOL DISTRICT

REQUEST FOR GIVING MEDICINE AT SCHOOL

I give my permission for _____ to receive _____ at school.
Student's Name Medication Name

I understand that I must:

1. Send the medicine to school in an original pharmacy container with a pharmacy label listing the child's name, the name of the medicine, the dosage, and the time to be given.
2. Sign this statement and return it to the school.
3. Provide a written statement from the physician and parent for student self administration of medication.

I further authorize the school nurse to contact my child's doctor to clarify orders specifically related to giving this medication. _____
Doctor's Name Telephone #

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

*This form must be renewed at the beginning of each school year if your child takes daily medication.
Medication cannot be given without parent/guardian written consent.*

Updated 5/1/2011

DES MOINES PUBLIC SCHOOL DISTRICT

PERMISO PARA DAR MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

Nombre del alumno _____ deberá recibir _____ en la escuela.

Estos son los pasos que tiene que seguir:

1. Mandar los medicamentos a la escuela en la caja original con la etiqueta bien pegada a la caja, con la siguiente información bien clara: el nombre del alumno, el nombre de la medicación, que cantidad, y la hora en que se tiene que dar.
2. Este pedido firmado y acompañando la medicina.

Yo autorizo la enfermera a ponerse en contacto con me doctor para cualesquiera aclaración que se ocupe en relación a dar esta medicación. Nombre del doctor _____ Teléfono _____

Firma de Padre/o guardián _____

Esta forma se tiene que renovar al principio de cada ano si su alumno toma medicamento diariamente.
MEDICAMENTO NO SE PUEDE ADMINISTRAR SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PADRE/O GUARDIAN.

