Irving Independent School District
Health Services

REQUEST FOR ADMINISTERING PRESCRIPTION MEDICATION BY SCHOOL PERSONNEL

SOLICITUD PARA QUE PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRE MEDICAMENTOS RECETADOS

STUDENT NAME_____ STUDENT#_____ BIRTHDATE_____
(Nombre del Estudiante) *(# del Estudiante)* *(Fecha de Nacimiento)*

SCHOOL_____ TEACHER_____
(Escuela) *(Maestro/Maestra)*

NAME OF MEDICATION_____Exp. Date_____
(Nombre de la medicamento) *(Fecha de caducidad)*

PHARMACY NAME & PRESCRIPTION NUMBER_____
(Nombre de la farmacia y número de receta)

DOSAGE *(Dosis)* _____

TIME TO BE GIVEN AT SCHOOL (DURING SCHOOL HOURS)_____
(Horas en que se debe administrar en la escuela [durante horas escolares])

DATE MEDICATION STARTS_____ DATE MEDICATION ENDS_____
(Fecha en que se empezara a administrar el medicamento) *(Fecha en que terminara de administrar el medicamento)*

Reason for giving medication: _____
(Razon para administrar medicamento)

_____

1. **Written authorization is required to discontinue prescription medication**. *(No se administrará ningún medicamento en el cual el tiempo indicado de la dosis haya pasado a menos que se reciba una autorización por escrito.)*
2. **Prescription inhalant medication may be carried by the student if directed in writing by the Physician and Parent (Use form 5.7 Asthma Inhalers at School).** *(Los medicamentos inhalados recetados pueden ser portados por el estudiante si el medico y el padre lo indican por escrito (usar el formulario 5.7 Inhaladores para Asma en la escuela).)*
3. **Medication will be dispensed during school hours only.** *(Los medicamentos serán administrados durante horas escolares solamente.)*

Parent Consent *(Consentimiento Paternal)***:** I consent to and authorize the health care provider to disclose health information to the school, and for the school to disclose the above information to those within the school district who have a need to know for legitimate educational purposes.
(*Doy mi consentimiento y autorizo al proveedor de servicios médicos a revelar información médica a la escuela, y a la escuela a revelar la información arriba mencionada a aquellos dentro del distrito escolar quienes tengan necesidad educacional legitima de saberla.)*

Medications will be dispensed during school hours only. *(Los medicamentos serán administrados durante horas escolares solamente.)*

Home Phone No. _____ _____
Número de teléfono (casa) *PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE (Firma del padre/guardián legal)*

Work Phone No._____ _____
Número de teléphone (trabajo) DATE/*Fecha*

NOTE (Nota): **PLEASE INDICATE BELOW YOUR PREFERENCE FOR DISCARDING ANY UN-USED PORTION OF YOUR CHILD'S MEDICATION** *(Por favor indique debajo su preferencia con repecto a desechar cualquier porcion del medicamento de su hijo/a que no se use)*

_____PARENT WILL PICK UP MEDICATION *(El padre recogerá el medicamento)*
_____SEND MEDICATION HOME WITH STUDENT *(Envie el medicamento a casa con el estudiante)*
_____SCHOOL WILL PROPERLY DISPOSE OF ANY REMAINING MEDICATION AT THE END OF SCHOOL YEAR
(La escuela desechara apropiamente cualquier medicamento restante al final del ano escolar)

Office Use

Date Medication Received _____ Quantity received_____ Date Form Filed_____

By_____ Computer Entry _____
Initial & Date

Refill/Sent Home date_____ Quantity received_____ Received by_____

Refill/Sent Home date_____ Quantity received_____ Received by_____

Refill/Sent Home date_____ Quantity received_____ Received by_____

Refill/Sent Home date_____ Quantity received_____ Received by_____

Refill/Sent Home date_____ Quantity received_____ Received by_____