

**IRVING INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**  
**Request for Administering Over-The-Counter Medications**  
**by School Personnel**

Student's  
Name\_\_\_\_\_Age\_\_\_\_\_Teacher\_\_\_\_\_

---  
Name of  
Medication\_\_\_\_\_

---  
Medication must be in the original container labeled  
with the student name.

Reason for  
Giving\_\_\_\_\_

Dosage\_\_\_\_\_

---  
Dosage must be within the recommended amount for  
elementary school age children.

Time to be given\_\_\_\_\_ Dates to be  
given\_\_\_\_\_

Medications are given during school hours only.

A physician's written request is required if medication  
is to be given more than five (5) school days.

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Peticion para Dispensar Medicinas para las cuales no se necesita receta de un Medico por el Personal Escolar**

Nombre del  
Alumno(a) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Maestra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de la  
medicina \_\_\_\_\_

La medicina debe estar en el frasco original  
rotulado con el nombre del alumno(a)

Razon para el uso de la  
medicina \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La dosis debe estar entre la cantidad recomendada  
para  
niños de edad de escuela elemental.

La hora que debe ser  
administrada \_\_\_\_\_

La Medicina solamente sera administrada durante  
las horas de clase.

Fechas en las que debe ser  
administrada \_\_\_\_\_

Debe someterse otra peticion para administrar  
medicinas después de 5 días consecutivos. Todas  
las medicinas deben ser recogidas los Viernes.

\_\_\_\_\_  
Firma de un Padre o Guardian

---

Fecha

5.3 (Sp)