

**IRVING INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES  
REQUEST FOR ADMINISTRATION OF PRESCRIPTION MEDICATION  
BY SCHOOL PERSONNEL**

STUDENT  
NAME \_\_\_\_\_ STUDENT# \_\_\_\_\_ BIRTHDATE \_\_\_\_\_

SCHOOL \_\_\_\_\_ TEACHER \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NAME OF  
MEDICATION** \_\_\_\_\_

PHARMACY NAME & PRESCRIPTION NUMBER \_\_\_\_\_

DOSAGE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TIME TO BE GIVEN AT SCHOOL (DURING SCHOOL HOURS) \_\_\_\_\_

DATE MEDICATION STARTS \_\_\_\_\_ DATE MEDICATION ENDS \_\_\_\_\_

**NAME OF MEDICATION** \_\_\_\_\_

PHARMACY NAME & PRESCRIPTION NUMBER \_\_\_\_\_

DOSAGE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TIME TO BE GIVEN AT SCHOOL (DURING SCHOOL HOURS) \_\_\_\_\_

DATE MEDICATION STARTS \_\_\_\_\_ DATE MEDICATION ENDS \_\_\_\_\_

SPECIAL INSTRUCTIONS, POSSIBLE REACTIONS, IF ANY \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**No medication will be dispensed for a missed dose unless written authorization is received.  
Prescription inhalant medication may be carried by the student if direct in writing by the  
Physician and Parent. (Use form 5.11 Asthma Inhalers at School)**

**Parent Consent:** 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.

Medications will be dispensed during school hours only.

Home Phone No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE

Work Phone No. \_\_\_\_\_

DATE

**NOTE: PLEASE INDICATE BELOW YOUR PREFERENCE REGARDING ANY UN-USED PORTION OF YOUR  
CHILD'S MEDICATION**

- PARENT WILL PICK UP MEDICATION
- SEND MEDICATION HOME WITH STUDENT
- SCHOOL WILL PROPERLY DISPOSE OF ANY REMAINING MEDICATION AT  
THE END OF SCHOOL YEAR

Date Medication Received \_\_\_\_\_ Date Form Filed \_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_ Computer Entry \_\_\_\_\_

Initial & Date

**5.2 Updated 5/03**

**SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE IRVING  
SOLICITUD PARA QUE PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRE  
MEDICINA RECETADA**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ #DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ MAESTRO(A) \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MEDICINA** \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA FARMACIA Y NUMERO DE RECETA \_\_\_\_\_

DOSIFICACION \_\_\_\_\_

HORAS EN QUE SE DEBE ADMINISTRAR EN LA ESCULA(DURANTE HORAS ESCOLARES) \_\_\_\_\_

FECHA DE COMIENZO DE LA MEDICINA \_\_\_\_\_ FECHA EN QUE TERMINA LA MEDICINA \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MEDICINA** \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA FARMACIA Y NUMERO DE RECETA \_\_\_\_\_

DOSIFICACION \_\_\_\_\_

HORAS EN QUE SE DEBE ADMINISTRAR EN LA ESCULA(DURANTE HORAS ESCOLARES) \_\_\_\_\_

FECHA DE COMIENZO DE LA MEDICINA \_\_\_\_\_ FECHA EN QUE TERMINA LA MEDICINA \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES ESPECIALES, POSIBLES REACCIONES, SI ALGUNA \_\_\_\_\_

**Ninguna medicación se dispensada para una dosis a menos que se recibe autorización previa por escrito. Medicamento para inhalación por prescripción puede ser portado por el estudiante si es dirigido de forma escrita por el Médico y el Padre. (Usar el formulario 5.11 Inhaladores para Asma en la escuela)**

**Consentimiento Paternal:** Doy mi autorización para que el médico proveedor pueda divulgar la información de salud necesaria a la escuela y la escuela pueda divulgar dicha información a aquellos dentro escolar que tengan necesidad legítima y educacional de saberla.

Las medicinas serán administradas solamente durante horas escolares.

Número de Teléfono(Casa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL

Número de Teléfono(Trabajo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FECHA

**NOTA: POR FAVOR INDIQUE DEBAJO DE SU PREFERENCIA CON RESPECTO A CUALQUIERA ONU-USO PORCION DE la MEDICACION de SU NINO**

**EL PADRE ESCOGERA MEDICACIÓN DESPIERTA**

**ENVIE CASA DE LA MEDICACIÓN CON ESTUDIANTE**

**LA ESCUELA DISPONDRÁ PROPIAMENTE DE CUALQUIER MEDICACIÓN RESTANTE AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR**

Fecha de Recibo de Medicina \_\_\_\_\_ Fecha en que se Archivó el Formulario  
\_\_\_\_\_

Por \_\_\_\_\_ Introducción en Computadora  
\_\_\_\_\_

Inicial y Fecha

5.2 (sp) updated 5/03