



**ESCUELAS MUNICIPALES DE TAOS**  
**PERMISSION TO GIVE MEDICATION AT SCHOOL FORM**

**Students requiring medication administration during school hours must have the following information supplied to the school nurse.**

1. Written authorization is to be provided to the school from the private physician, detailing the diagnosis or type of illness involved the name of the drug, dosage, time of administration, and the side effects, if any.
2. Parental signed consent.
3. The medication in the original container with prescription label or the "over the counter" label.

Name of student \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

---

**\* To Be Completed By Physician**

Medication \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

Time(s) \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_

If **P.R.N.**, list indication for use: \_\_\_\_\_

Possible significant side effects: \_\_\_\_\_

Duration \_\_\_ until further notice, \_\_\_ other \_\_\_\_\_

Are there any restriction? \_\_\_ Yes \_\_\_ no if yes, describe \_\_\_\_\_

Student \_\_\_ may, \_\_\_ may not miss a dose of medication to attend a field trip or special activity.

Should the medication be given on early dismissal days? \_\_\_yes \_\_\_no

---

Printed Name of Physician	Signature of Physician	Date
---------------------------	------------------------	------

---

**\*For Self Administration Only**

Self administration of medication may be performed by pupils with potentially life threatening illness, namely severe allergic responses and asthma. The above named pupil is capable of and has been instructed in the proper technique of self administration. The pupil is physically fit to attend school.

Physician's Signature \_\_\_\_\_

**\*To Be Completed By Parent/ Guardian**

I, \_\_\_\_\_, give permission for my child to receive the above medication as directed by the physician. If my child may self medicate for asthma, I have attached the required completed Asthma Action Plan. I understand my child's photo will be taken and attached to this form.

Parent/ Guardian

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**ESCUELAS MUNICIPALES DE TAOS**  
**FORMULARIO DE PERMISO PARA DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

Los estudiantes que requieren que se le administren medicamentos durante el horario escolar deben suministrar la siguiente información a la enfermera de la escuela.

1. Proporcionar una autorización por escrito a la escuela por parte del médico privado, detallando el diagnóstico o el tipo de enfermedad involucrada, el nombre del medicamento, la dosis, el momento de la administración y los efectos secundarios, si los hubiera.
2. Consentimiento firmado por los padres/apoderados.
3. El medicamento debe estar en el envase original con la etiqueta de la receta o la etiqueta "de venta libre".

Nombre del/la alumno/a \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

---

**\* Esta información debe ser completada por el médico**

Medicación \_\_\_\_\_

Tiempo(s) para administrarla \_\_\_\_\_

Si es **P.R.N.**, indique la lista para su uso: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios significativos: \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_ hasta nuevo aviso, \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

¿Hay alguna restricción?  Sí  no si es así, describa \_\_\_\_\_

El/la estudiante  puede,  no puede omitir una dosis de medicamento para asistir a una excursión o actividad especial.

¿Se debe administrar el medicamento en los días de salida temprana?  si  no

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre impreso del médico

Firma del médico

Fecha d

---

**\*Solo para auto-administración del medicamento**

La auto-administración de medicamentos puede ser realizada por alumnos/as con enfermedades potencialmente mortales, es decir, respuestas alérgicas graves y asma. El estudiante mencionado anteriormente es capaz y ha sido instruido/ en la técnica adecuada de auto-administración. El/la alumno/a está físicamente en condiciones de asistir a la escuela.

Firma del médico \_\_\_\_\_



## **ESCUELAS MUNICIPALES DE TAOS**

**\*Para completar por el padre/apoderado**

Yo, \_\_\_\_\_ Si mi hijo puede auto-administrarse la medicina para el asma, he adjuntado el Plan de Acción requerido para el Asma. Entiendo que la foto de mi hijo/a será tomada y adjuntada a este formulario.

Firma Padre/Apoderado

Fecha

\_\_\_\_\_