



HOUSTON CLASSICAL
CHARTER SCHOOL

Medication Administration Form

This form must be filled out completely to allow school personnel / trained staff assigned by the Head of School to administer medication to a scholar. A new medication form must be completed at the beginning of each school year for each prescription medication, and each time there is a change in the medication's administration instructions.

In accordance with school policy, only prescription medication will be administered.

- Prescription medication must be delivered to school in its original container.
- The container must be properly labeled by a pharmacist.

Student's Name _____ Sex _____

Date of Birth ____ / ____ / ____

Name of School _____

Medical Diagnosis: _____

Infectious Non-Infectious Allergy

Medication Name: _____

Dose (amount to be given): _____

Frequency (how often): _____

Form of Medication (Route): _____

tablet pill capsule liquid inhalation injection

other (specify): _____

Possible side effects _____

Special requirements for administration / storage: _____

Known food allergies YES NO If Yes, please explain _____

Parent/Guardian Information	Physician Information
<p><i>This is permission to give medication to my child named above as requested by the physician. I understand that I am giving consent for the school nurse to discuss any concerns regarding this medication with the healthcare provider whose signature appears on this document to monitor the healthcare needs of my child.</i></p> <p>Parent's Signature: _____</p> <p>Telephone: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p>Facility Name: _____</p> <p>Physician's/Advanced Practice Nurse Signature: _____</p> <p>Physician's/Advanced Practice Nurse Name (print or type): _____</p> <p>Telephone: _____</p>



HOUSTON CLASSICAL
CHARTER SCHOOL

Formulario de administración de medicamentos

Este formulario debe llenarse por completo para permitir que el personal de la escuela o el personal capacitado asignado por el director de la escuela administren medicamentos a un alumno. Se debe completar un formulario de medicamento nuevo al comienzo de cada año escolar para cada medicamento recetado y cada vez que haya un cambio en las instrucciones de administración del medicamento.

De acuerdo con la política de la escuela, solo se administrarán medicamentos recetados.

- Los medicamentos recetados deben entregarse a la escuela en su envase original.
- El envase debe estar debidamente etiquetado por un farmacéutico.

Nombre del estudiante _____ Sexo _____
Fecha de cumpleaños ____ / ____ / ____
Nombre de la escuela _____
Diagnóstico médico: _____

Infeccioso No infeccioso Alergia

Nombre del medicamento: _____

Dosis (cantidad a administrar): _____

Frecuencia (con qué frecuencia): _____

Forma de medicación (ruta): _____

tableta píldora cápsula líquido inhalación inyección

otro (especificar): _____

Posibles efectos secundarios _____

Requisitos especiales de administración / almacenamiento: _____

Alergias alimentarias conocidas SÍ NO En caso afirmativo, explique _____

Información del padre / tutor	Información del médico
<i>Este es el permiso para darle medicamentos a mi hijo mencionado anteriormente según lo solicite el médico. Entiendo que doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela discuta cualquier inquietud relacionada con este medicamento con el proveedor de atención médica cuya firma aparece en este documento para controlar las necesidades de atención médica de mi hijo/a</i>	Nombre de la instalación: _____
Firma de los padres: _____	Firma del médico / enfermera de práctica avanzada: _____
Teléfono: _____	Nombre del médico / enfermera de práctica avanzada (en letra de imprenta oa máquina): _____
Fecha: _____	Teléfono: _____



HOUSTON CLASSICAL
CHARTER SCHOOL