

Medication Permit (Permiso Para Administrar Medicamento)

Student (Estudiante) _____ DOB _____ Grade(Grado) _____

Medication (Medicamento) _____

Time(s) to be given (Hora(s) del día a ser dado) _____ as prescribed by (según lo prescribe) _____

I authorize: _____ School Nurse (May include Substitute)
Yo autorizo a _____ (Nombre) Enfermera Escolar (puede incluir una persona substituta)

I authorize: _____ Health Assistant (May include Substitute)
Yo autorizo a _____ (Nombre) Ayudante de enfermera (puede incluir una persona substituta)

Or (o) _____ Title (Titulo) _____

Or (o) _____ Title (Titulo) _____

I authorize persons designated for field trips TUSD employee or principal's designee to be my agent to give the above medication to my child.

Autorizo a las personas designadas para las excursiones, a los empleados de TUSD o a la persona designada por el director, que sean mis apoderados para administrarle el medicamento antedicho a mi hijo/a.

Parent/Guardian Initials / Iniciales del Padre /Tutor (a) Legal

Date /Fecha

I give the School Nurse permission to discuss my child's medication with the above named Physician or Pharmacy.
Doy me permiso a la Enfermera Escolar para que discuta el medicamento de mi hijo(a) con el médico nombrado anteriormente.

Parent/Guardian Initials / Iniciales del Padre / Tutor (a) Legal

Date /Fecha

Parent Instructions & Statement of Understanding

1. This medication is to be furnished by parent or legal guardian and is to be labeled in the original prescription bottle, with the student's name, name of medication, amount to be given, time of day to be given, and name of Physician
2. The School Nurse must be notified by the primary care provider of any changes in medication, dose or time to be given
3. In the absence of the School Nurse, a District employee who has been designated by the parents as their agent (see above) may administer the medicine. **This agent is performing a ministerial function only.** Under no circumstances may non-nurse personnel administer a medication to a student if nursing judgment is required for proper administration. (See TUSD Board Policy JLCD)
4. The parent agrees to provide an extra properly labeled prescription bottle when needed for field trips. If an extra prescription bottle is not provided, health office staff will send the school bottle with its entire contents unless other arrangements are made.

Instrucciones para Padres y Declaración de Entendimiento

1. Este medicamento debe ser proporcionado por los padres o tutores legales y debe tener el marbete de la botella original de prescripción, que incluya el nombre del estudiante, nombre del medicamento, cantidad a ser administrada, hora del día a ser dado, y el nombre del médico.
2. Se le debe dar aviso a la Enfermera Escolar de parte del proveedor principal de la atención médica, de cualquier cambio de medicamento, dosis u hora del día a ser administrado.
3. Al estar ausente la Enfermera Escolar, un empleado del Distrito, quien haya sido designado por los padres como su agente (véase arriba) puede administrar el medicamento. Este agente está desempeñando una función ministerial solamente. Bajo ninguna circunstancia puede el personal no titulado como enfermero(a) administrar el medicamento a un estudiante si se requiere la opinión de un(a) enfermero(a) para la administración apropiada. (Véase el Plan de Acción del Consejo Gobernante 5504)
4. Los padres están de acuerdo de proporcionar una botella adicional de prescripción con el marbete apropiado cuando sea necesario para las excursiones. Si no se ha proporcionado una botella adicional del medicamento, el personal de la oficina de salud mandará la botella con todo su contenido a menos que se hagan otros.

I have read and understand the Statement of Understanding. He leído y entiendo la Declaración de Entendimiento.

Parent/Guardian Signature /firma de Padre/Madre/Tutor(a) Legal

Date /Fecha

Signature below For Physicians ONLY

Physician's Signature **Needed only if medication is injected**

Date /Fecha

Firma de la Médico **Se necesita sólo si el medicamento es inyectado**

Medication Received									
#pills	mg	Date	Initials	Initials	#pills	mg	Date	Initials	Initials

Medication Waste/Sign Out									
#pills	mg	Date	Initials	Initials	#pills	mg	Date	Initials	Initials

Line 1: Print Name/Signature
Line 2: Title/Initials
1
2
1
2
1
2
1
2
1
2

Give med on early out days Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Time: _____
--

**END OF THE YEAR DISPOSAL OF MEDICATION
(DISPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS AL FINALIZAR EL CICLO ESCOLAR)**

If your child/student has medication in the Health Office at school, according to TUSD Board Policy, all medication must be removed from the Health Office at the end of the current school year. (Si su hijo(a) tiene medicamentos en la Oficina de Salud, de acuerdo con la Política de la Mesa Directiva de TUSD, todos los medicamentos deben ser retirados de la Oficina de Salud al finalizar el ciclo escolar actual.)

This year, the last day for students is _____
(Este año, el último día para los estudiantes será el _____)

When possible, please send only enough medication for the number of school days. However, that is not always possible. In order to follow board policy regarding medication, please check one of the statements below and sign. (Cuando sea posible, por favor mande solamente suficiente medicamento para el número de días escolares, aunque eso no siempre es posible. Para cumplir con las políticas de la mesa directiva acerca de los medicamentos, por favor, marque una de las declaraciones a continuación y firme.)

If this portion is not signed, all medication will be disposed of by TUSD Risk Management the day after the last day of school _____. (Si esta forma no está firmada el Departamento de Administración de Riesgos de TUSD se deshará de todos los medicamentos el día después del último día de clases, el _____.)

I the undersigned, will pick up the medication on or before the last day of school.
(Yo, el suscrito, recogeré los medicamentos el último día de clases o antes.) _____

Please send the medication home with my child.
I understand the responsibility that accompanies this request. I accept full responsibility for my child carrying prescription medication. It will be sent home in the original container.
Por favor envíe los medicamentos a casa con mi hijo(a).
Entiendo la responsabilidad que acompaña esta petición. Acepto plena responsabilidad para que mi hijo(a) transporte el medicamento por receta. Se enviará a casa en su envase original.

Parents/Guardian's Signature
(Firma de uno de los padres/tutores)

Date
(Fecha)