

Cypress-Fairbanks I.S.D. Health Services Parent Request for Administering Medication

All medications must be picked up by an adult at the end of the school year. Any medications left will be discarded. No written notices will be sent home. If you would like an email reminder, please give email address: _____ . (Please notify school of any changes in email address or phone numbers!)

I request Cypress Fairbanks I.S.D. personnel to give my child _____ grade ____ homeroom _____ the following medication(s):

Med#1 _____	Med#2 _____	Med#3 _____
Exp. Date: _____ Route: _____	Exp. Date: _____ Route: _____	Exp. Date: _____ Route: _____
#1 Dose: _____ Time: _____	#2 Dose: _____ Time: _____	#3 Dose _____ Time: _____
Reason: _____	Reason: _____	Reason: _____
Sign/Date _____	Sign/Date _____	Sign/Date _____
Physician Name: _____	Physician Phone: _____	Allergies: _____

Parent or Guardian signature indicates consent to each statement below:

- Medication is to be furnished by a parent or guardian and brought to the clinic in the original container labeled with child's name, name of the medication and directions for the time and dosage. Physician's name must be on prescription medication.
- All medications must be delivered to the school by an adult and must be picked up from the school by an adult.
- If there are questions regarding the medication, the prescribing physician will be contacted for diagnosis and clarification. Parents will be notified, and informed about the communication with the physician.
- The school nurse has the right to inform my child's educators on a need to know basis that my child is on this medication unless notified otherwise in writing.
- Medication may not be given at the exact time requested due to class scheduling.
- Students are responsible to come to the clinic and get their own medication at the appropriate time.

Signature of Parent or Guardian _____ Daytime Phone Number _____ Email _____

Note: If the medication you request school personnel to administer is deemed excessive or otherwise potentially harmful to the student, medication will not be given and you will be notified of this decision. Injectable medication such as insulin and treatment for allergic reactions will be given only with a physician's written order. Revised 5/2014

Initials: _____	Signature & Title: _____
_____	_____

<u>Disposition of Medication</u>	
<input type="radio"/> Pick up	Date: _____
<input type="radio"/> Discarded	Date: _____

Cypress-Fairbanks ISD - Servicios de la Salud - Solicitud de los Padres para Administrar Medicamentos

Todos los medicamentos deben ser recogidos por un adulto al final del año lectivo. Los medicamentos que no sean recogidos, serán desechados. No se enviarán avisos por escrito a casa. Si usted desea recibir un recordatorio por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico: _____ . (¡Asegúrese de notificar a la escuela si cambia su dirección de correo electrónico o alguno de sus números telefónicos!)

Solicito que el personal de Cypress Fairbanks ISD administre a mi hijo(a) _____ grado ____ maestro(a) _____ el siguiente medicamento (o medicamentos):

Med. #1 _____ Fecha/vencimiento: _____ Vía: _____ #1 Dosis: _____ Hora: _____ Razón: _____ Firma/Fecha: _____ Nombre del médico: _____	Med. #2 _____ Fecha/vencimiento: _____ Vía: _____ #2 Dosis: _____ Hora: _____ Razón: _____ Firma/Fecha: _____ Teléfono del médico: _____	Med. #3 _____ Fecha/vencimiento: _____ Vía: _____ #3 Dosis _____ Hora: _____ Razón: _____ Firma/Fecha: _____ Alergias: _____
---	---	---

Con su firma, el padre o tutor legal reconoce y está de acuerdo con todo lo siguiente:

- ◆ Debo proporcionar y llevar el medicamento a la enfermería en el **envase original** con el nombre completo de mi hijo, el nombre del medicamento y las indicaciones (hora y dosis) de administración del mismo. Los medicamentos recetados deben tener el nombre del médico.
- ◆ Los medicamentos (con y sin receta médica) **deben** ser llevados a la escuela y recogidos de la escuela por un adulto.
- ◆ Si hubiese alguna pregunta respecto al medicamento, se contactará al médico que lo prescribió para confirmar el diagnóstico y para hacer las aclaraciones correspondientes y se me notificará e informará acerca de la comunicación con el médico.
- ◆ La enfermera de la escuela tiene derecho a informar a los maestros de mi hijo (si fuese necesario) que mi hijo está tomando cierto medicamento, a menos que se reciba una nota por escrito indicando lo contrario.
- ◆ Debido al horario de las clases, quizás el medicamento no se administre exactamente a la hora indicada.
- ◆ Es responsabilidad de los estudiantes ir a la enfermería a tomar su medicamento a la hora apropiada.

Firma del padre o tutor legal: _____ No. de teléfono (día): _____ Dirección de correo electrónico: _____

Aviso: Si el medicamento que usted solicita que el personal escolar administre a su hijo se considera excesivo o potencialmente perjudicial para el estudiante, dicho medicamento no será administrado y se le informará la decisión. Los medicamentos inyectables tales como la insulina y el tratamiento para las reacciones alérgicas se administrarán solamente con la orden del médico por escrito. Revisado 5/2014

Iniciales:	Firma y título:

<u>Disposición del medicamento</u>	
<input type="radio"/> Recogido	Fecha: _____
<input type="radio"/> Desechado	Fecha: _____