

# Holland Independent School District

## Physician's Request for Administration of Medication by School Personnel

Date: \_\_\_\_\_ Name of Student: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Known Allergies: \_\_\_\_\_

Name of Medication \_\_\_\_\_

Medication Dose Amount and Route: \_\_\_\_\_

Time(s) to be given at school \_\_\_\_\_

Special Instructions: \_\_\_\_\_

Condition for which the medication is prescribed: \_\_\_\_\_

Medication Side Effects: \_\_\_\_\_

Physician's Printed Name \_\_\_\_\_ Physician's Signature \_\_\_\_\_

Physician's Telephone \_\_\_\_\_ Physician's Fax \_\_\_\_\_

### Asthma Medication

All Inhalers Must Have the Label on the Canister or Brought To School in the Labeled Prescription Box.

Student may carry inhaler on person and self-administer  YES  Physician Initials

### Permiso del Padre/Tutor

Yo pido que la persona designada por el distrito para administrar las medicina(s) indicadas en este formulario a mi hijo(a) de acuerdo con las instrucciones del médico. Yo seré responsable para proporcionar el medicamento en la **botella original de la farmacia** para ser administrada durante el día y actividades escolares. Yo entiendo que medicamentos no se administrarán sin este formulario en completo y medicamentos proporcionados en una manera oportuna. También doy permiso para que la escuela pueda comunicarse con el medico sobre la administración de cualquier medicamento.

**\*\*\*Favor de Notar: Medicamentos no se pueden mandar a la escuela o a la casa con el estudiante \*\*\***

Medicamento que sobra al fin del año escolar: (circulé uno) 1) Sera Destruida por la Escuela 2) Sera Recogido por el Padre/Tutor

Los días que terminan temprano, yo quiero que mi hijo(a) reciba su medicamento: (circulé uno) 1) En la Escuela 2) En Casa

Si, Yo doy permiso que este formularia sea enviada por fax a la enfermera de la escuela. Fax: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor en letra \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Teléfono: Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_

\* Nurse office use: Orders received \_\_\_\_\_ Medication Received \_\_\_\_\_ Nurse Initial \_\_\_\_\_  
Date Date