

**CLINTON COMMUNITY SCHOOL DISTRICT  
MEDICATION ADMINISTRATION FORM**

**Student Information:**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_



Elementary School  
Fax: 608-676-5717



Middle School  
Fax: 608-676-5176



High School  
Fax: 608-676-2904

Grade: \_\_\_\_\_

Physician: \_\_\_\_\_

Clinic/Hospital: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Non-Prescription Medication:**

Medication  
Name: \_\_\_\_\_

Dose/Amount: \_\_\_\_\_ Time to Administer: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Prescription Medication:** \*To be completed and signed by physician and parent.

1. Name of  
Medication: \_\_\_\_\_

2. Dosage: \_\_\_\_\_

3. Time medication is to be administered at school: \_\_\_\_\_

4. Possible side effects: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Termination date: \_\_\_\_\_

6. Inhalers: \_\_\_\_\_ May carry on person. Student has been instructed in the proper use of this medication  
and is sufficiently responsible to self-administer.

\_\_\_\_\_ May **NOT** carry on person

Physician's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

**CLINTON COMMUNITY SCHOOL DISTRICT  
MEDICATION ADMINISTRATION FORM**

**Información de Estudiante:**

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_



Escuela Primaria  
Fax: 608-676-5717



Escuela Intermedia  
Fax: 608-676-5176



Escuela Secundaria  
Fax: 608-676-2904

Grado: \_\_\_\_\_

El Médico: \_\_\_\_\_

Clínica/Hospital: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Medicamentos Sin Receta:**

Nombre de Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis/Cantidad: \_\_\_\_\_ Hora para Administrar: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Medicamentos Con Receta:** \*Para ser completado y firmado por el médico y el padre.

1. Nombre de medicamento: \_\_\_\_\_

2. La dosis: \_\_\_\_\_

3. La hora que se administra el medicamento en la escuela: \_\_\_\_\_

4. Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

5. La fecha para terminar el medicamento: \_\_\_\_\_

6. Inhaladores: \_\_\_\_\_ Puede llevar en persona. El estudiante ha sido instruido en el uso apropiado de este medicamento y es suficientemente responsable para auto-administrarse.

\_\_\_\_\_ **NO** puede llevar en persona

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

