



**Medication Administration Form**

**\*\*ALL MEDS SENT IN MUST BE IN ORIGINAL THEIR CONTAINER\*\***

**Student Information:**

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

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

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

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

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

**Non-Prescription Medication: \*\*SMALLER BOTTLES PREFERRED\*\***

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

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

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

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

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

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

Dosage: \_\_\_\_\_

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

Possible Side Effects: \_\_\_\_\_

Termination Date: \_\_\_\_\_

**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 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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



**Medication Administration Form**

**\*\*TODAS LAS MEDICINAS DEBEN ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL\*\***

**Información de Estudiante:**

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

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

El Medico: \_\_\_\_\_

Clinica/Hospital: \_\_\_\_\_

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

**Medicamentos Sin Receta: \*\*SE PREFIEREN BOTELLAS MÁS PEQUEÑAS\*\***

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

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**

Nombre de medicamento: \_\_\_\_\_

La dosis: \_\_\_\_\_

La hora que se administre el medicamento en la escuela: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

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

**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: \_\_\_\_\_