

School District of MARSHALL
Administering Medication to Students
(Please return to your child's school)

Student Name _____ Physician's Name _____
Birthdate _____ Male _____ Female _____ Physician's Address _____
School _____ Grade _____ _____
Parent/Guardian _____ Physician's Phone _____
Home Phone _____ Work Phone _____ Physician's Fax _____

To Parent/Guardian/Physician:

The School District of Marshall is required by state statute to give prescription medication to students only with the complete directions from a physician and signed consent by parent/guardian. Medication must be supplied in the original container or packaging. For safety and liability reasons, medication received in any container other than the original will not be acceptable for staff administration. By signing this form, you release the Board of Education, its agents and employees from any and all liability which may result from taking this medication.

Medication _____ Dosage _____ Frequency _____
Start Date _____ End Date _____
Form: _____ Tablet/Capsule _____ Liquid _____ Inhaler _____ Nebulizer _____ Injection _____
For episodic/emergency events only _____ Other _____

*Emergency Medications (inhaler, glucagon, insulin, epi-pen). Student to self-administer/carry: Yes _____ No _____

Time(s) to be given _____ Reason for this medication _____

If given on an "as needed" basis, please describe _____

Special instructions _____

Side effects (expected or predictable) _____

I, the prescribing physician, am willing to accept direct communication from the person dispensing and administering the above medication.

Physician's Signature _____ **Date** _____
(Signature required for all prescription medication)

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
(Signature required for all prescription and nonprescription medication).

Distrito Escolar de MARSHALL
Administración de medicamentos a los estudiantes
(Por favor, regrese a la escuela de su hijo/a)

Nombre _____ del estudiante Nombre del médico _____
Fecha de nacimiento _____ Masculino _____ Femenino _____ Dirección del Médico _____
Escuela _____ Grado Escolar _____
Teléfono del Padre/Tutor _____ Teléfono de el Médico _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Teléfono Fax _____

Para Padre/Tutor/Médico:

El Distrito Escolar de Marshall es requerido por la estatua estatal para dar medicamentos recetados a los estudiantes sólo con las instrucciones completas de un médico y el consentimiento firmado por los padres / tutores. Los medicamentos deben suministrarse en el envase o envase original. Por razones de seguridad y responsabilidad, los medicamentos recibidos en cualquier recipiente que no sea el original no serán aceptables para la administración del personal. Al firmar este formulario, usted libera a la Junta de Educación, sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar de tomar este medicamento.

Medicamentos _____ Dosis _____ Frecuencia _____
Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____
Forma: _____ Inyección _____ Nebulizador _____ Inhalador _____ Líquido _____ Tableta/Cápsula _____
Para eventos episódicos/de emergencia solo _____ Otro _____

*Medicamentos de emergencia (inhalador, glucagón, insulina, epi-pen). Estudiante a auto administrar/llevar: Si _____ No _____

Tiempo(s) de a administrar _____ Razón para este medicamento _____

Si se administra "según sea necesario", describe _____

Instrucciones especiales _____

Efectos adversos (esperados o predecibles) _____

Yo, el médico que prescribe, estoy dispuesto a aceptar la comunicación directa de la persona que dispensa y administra el medicamento anterior.

_____ Fecha de firma del médico _____
(Se requiere firma para todos los medicamentos recetados)

_____ Fecha de firma del padre/tutor _____
(Se requiere firma para todos los medicamentos con y sin receta).