

PERMIT TO ADMINISTER MEDICATION

Child's Name: _____

School: _____ Date of Birth: _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN:

Date: _____

This child, _____ is under my medical care for _____ and medication is required during the school day for the purpose of _____ .

Name of Drug	Dosage	Frequency	Time To Be Given at School	Duration	Side Effects

Signature of Physician

Printed Name of Physician

Address

Emergency Telephone Number

APPROVED:
School Nurse
Date

AUTORIZACION PARENTAL:

Con este documento se que soy primordialmente responsable de administrar medicamentos a mi hijo/a. Sin embargo, en caso de que yo no pueda hacerlo o en caso de emergencia medica, yo por la presente autorizo al Distrito 129 del Oeste de Aurora y sus empleados y agentes, que en mi nombre y en mi lugar, administren o intenten administrar a mi hijo/a (o dejar que mi niño/a se administre, mientras este bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito escolar), medicación recetada legalmente de manera descrita arriba. Se que puede ser necesario que los medicamentos administrados a mi hijo/a por un individuo diferente a la enfermera escolar, y dar consentimiento especifico de tal practicas. También se y estoy de acuerdo de que, cuando el medicamento recetado legalmente se administra o se intenta administrar, renuncio a cualquier reclamación que tenga en contra del Distrito Escolar, sus empleados y agentes surgiendo de la administración de tal medicamento. Además estoy de acuerdo de ser inofensiva e indemnizar al distrito escolar, sus empleados y agentes, juntos o separados, de y en contra de cualquier y todas las reclamaciones, daños, causas de acción o daños ocurridos o resultados de la administración o intento a la administración de tal medicamento.

Firma del/los padre(s)/tutor(es) _____
Fecha

Dirección Ciudad Estado
Código postal

Teléfono: Casa Móvil Trabajo