**Parent Request for Administration of Medication by School Personnel**

*This request**is intended only for medication that cannot be administered at home. Medication should be delivered to the campus clinic or office by the student’s parent/guardian in the original container, not loose or in a baggie.*

*Permission is valid for the current school year and medication should be picked up at the end of each school year. Medication is not kept on campus during summer unless the student attends summer school. Unclaimed medication is destroyed at the end of each school year.*

***Please print using black or blue ink:*** Date:

Campus: Grade/Teacher: /

Student Name: Date of Birth:

Prescribed by: Telephone #:

Pharmacy: Prescription #:

Student Drug Allergies:

Medication: Strength: Exp. Date:

Dosage: Frequency: Time: \_\_\_\_\_\_\_\_

Route: Oral Inhaled Topical Eye Ear Nasal Rectal

Injection: Type Enteral Feeding Tube Type:

Reason for medication:

Is this the first dose of a new medication for your child? Yes No

Side effects for student, special instructions, other pertinent information:

**Student may be given the prescribed morning dose of medication, if forgotten at home, with telephone permission from parent.**

*I confirm that it is not possible to administer this medication at home and hereby request that the medication listed above be administered by a Mesquite ISD employee.*

*I understand that the School District, its Board of Trustees, and its employees are immune from civil liability from damages or injuries resulting from administration of this medication (Texas Education Code 22.052).*

*I authorize the district registered nurse and the prescribing physician to confidentially discuss or clarify this medication order and to discuss the student’s response to the prescribed medication as needed per State law (Nurse Practice Act & Medical Practice Acts of Texas).*

Parent/Guardian Signature: Relationship:

Daytime telephone number:

Sample medication, over-the-counter medication, or instructions differing from the medication prescription label require a separate physician’s order or physician’s signature below.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Physician’s Signature & Printed Name** **Telephone Number**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***FOR OFFICE USE ONLY*** | | |  |  |  |  |  |
| **Date** | **# Pills** | **Counter Signature** | **Witness Signature** | **Date** | **# Pills** | **Counter Signature** | **Witness Signature** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Solicitud de los padres para la administración de medicamentos por el personal escolar**

*Esta solicitud es solo para los medicamentos que no se pueden administrar en casa.*

*Los medicamentos deben ser entregados a la clínica u oficina de la escuela por los padres o tutores del estudiante en su recipiente o frasco original, no sueltos o en una bolsa plástica.*

*El permiso es válido para el año escolar actual y los medicamentos deben recogerse al final de cada año escolar. El medicamento no se guarda en la escuela en el verano a menos que el estudiante asista a la escuela de verano. Los medicamentos que no se recojan se destruyen al final de cada año escolar.*

***Favor de utilizar tinta negra o azul al llenar los siguientes espacios:*** Fecha:

Escuela: Grado y maestro: /

Nombre del estudiante: \_ Fecha de nacimiento:

Recetado por: Núm. de teléfono:

Farmacia: Núm. de receta:

Alergias del estudiante a medicamentos:

Medicamento/concentración: / Fecha de caducidad:

Dosis: Frecuencia: Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_

Vía: Oral Inhalado Tópico Ojo Oído Nasal Rectal

Inyección: tipo Tubo de alimentación enteral: tipo

Razón por administrar el medicamento:

¿Es esta la primera dosis de un nuevo medicamento para su hijo(a)? Sí No

Efectos colaterales, instrucciones especiales, otra información pertinente:

**Al estudiante se le puede dar la dosis de medicamento recetada para la mañana si se olvida en casa, siempre y cuando los padres llamen por teléfono y lo autoricen.**

*Constato que no es posible administrar este medicamento en el hogar y por medio de la presente solicito que el medicamento mencionado anteriormente lo administre un empleado del Mesquite ISD.*

*Comprendo que el distrito escolar, su Junta Directiva, y sus empleados están exentos de responsabilidad civil por daños y perjuicios que resulten por la administración de este medicamento (Código de Educación de Texas 22.052).*

*Doy mi permiso para que el enfermero titulado del distrito y el medico que ha recetado los medicamentos clarifiquen o hablen confidencialmente sobre esta receta médica y también hablen sobre la reacción del estudiante al medicamento recetado según se necesite y de acuerdo con las leyes estatales (Ley de Práctica de Enfermería y Ley de Práctica de la Medicina de Texas).*

Firma del padre, la madre o tutor: Parentesco:

Número telefónico de día:

Las muestras médicas, medicamentos sin receta, o instrucciones que difieran de las etiquetas en los frascos o recipientes de medicamentos requieren de una receta médica separada o una firma del médico a continuación.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del médico y nombre en letra de imprenta** **Número de teléfono**