

SCS Medication Form

SCS Formulario de medicamentos

Please note all medication must be in the original bottle or package, be accompanied by doctor prescription and have completed this form. Unidentified medicine can **never** be given at school. The medication order is effective for the time prescribed. If you need assistance completing this form, please contact the Health Office.

School year: ____ Grade: ____ Teacher: _____

Student name: _____

Birth Date: ____/____/____

Name of medication: _____

Dosage: _____ Route: _____

Purpose of medication: _____

Does student have allergies? YES | NO

If YES, please list _____

Does this medicine need to be given more than once during the day at school?

YES NO

At what time is this medicine to be given?

At _____ AM PM

Was this medicine given at home this morning?

YES NO

How long does this medication need to be given at school?

TODAY ONLY Please specify # ____ days

Medication needs to be refrigerated. YES | NO

Medication needs to be returned home every day after school.

YES NO

****If YES. The medication can be picked up in the Health Office at the end of School Day.**

Parent Permission:

I hereby give my permission to give the above medication to the school as prescribed by the doctor. I understand that is my responsibility to furnish the medication in the original packaging with prescription.

Parent/Guardian Signature _____

SCS Health Office Signature: _____

Date ____/____/____

Favor, tener en cuenta que los medicamentos deben estar en el frasco original, con la receta del médico y haber llenado este formulario. Medicamentos no identificados **no** pueden ser administrados en el colegio. La orden es efectiva como indicado por el médico. Si necesita ayuda para completar este formulario, puede contactar la Oficina de Salud.

Año escolar: ____ Grado: ____ Profesor: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha nacimiento: ____/____/____

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía administración: _____

Propósito del medicamento: _____

¿El estudiante tiene alergias? SI | No

Si respuesta es SI, favor indique _____

¿Este medicamento debe administrarse más de una vez al día en el colegio?

SI NO

¿A qué hora está el medicamento indicado?

A las _____ AM PM

¿El medicamento se administró en casa el día de hoy?

SI NO

¿Por qué tiempo se debe administrar el medicamento en el colegio?

SOLO HOY Favor indique # ____ días

¿Medicamento debe estar refrigerado? SI | NO

¿El medicamento tiene que ser devuelto a la casa a diario al final de clases?

SI NO

****Si su respuesta es SI. El medicamento puede ser recogido en la Oficina de Salud al final de clases.**

Permiso de los padres:

Por la presente doy mi permiso para dar el medicamento mencionado al colegio según prescrito por el médico. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar el medicamento con la prescripción.

Firma del Padre/Tutor: _____

Firma Oficina Salud SCS: _____

Fecha: ____/____/____