

School Non-Prescription Medication Authorization Form

(Formulario de autorización de medicamentos no recetados)

Student's Name _____ Birth date _____
(Nombre del estudiante) (Fecha de nacimiento)

Address _____ Home Phone _____
(Dirección) (Numero de teléfono)

School _____ Grade _____ Teacher _____
(Escuela) (Grado) (Maestro)

Parents _____ Day Time Phone _____
(Padres) (Numero de teléfono durante el día)

Medication must be in original container with Student's Name on it
(El medicamento tiene que estar en el envase original con el nombre del estudiante)

Name of Medication _____
(Nombre del medicamento)

Amount to be given _____
(Cantidad de administrar)

To be given if student complains of _____
(Se administra si el estudiante se queja de)

Other medications student is receiving at home _____
(Otros medicamentos el estudiante recibe en casa)

Please use reverse side for further remarks.
(Favor de usar al revés para otros comentarios)

_____ confirm that I am primarily responsible for administering medication to my
(Parent Name)

child. However, in the event that I am unable to do so I hereby authorize Wesclin School District and its employees and agents, in my behalf and stead, to administer or to attempt to administer to my child (or to allow my child to self-administer, while under the supervision of the employees and agents of the School District), non-prescription medication in the manner described above. I ACKNOWLEDGE THAT IT MAY BE NECESSARY FOR THE ADMINISTRATION OF MEDICATIONS TO MY CHILD TO BE PERFORMED BY AN INDIVIDUAL OTHER THAN A SCHOOL NURSE, AND SPECIFICALLY CONSENT TO SUCH PRACTICES. I further acknowledge and agree that, when above medication is so administered or attempted to be administered, I waive any claims I might have against the School District, its employees and agents arising out of the administration of said medication. In addition, I agree to hold harmless and indemnify the School District, its employees and agents, either jointly or severally, from and against any and all claims, damages, causes of action or injuries incurred or resulting from the administration or attempts at administration of said medication.

PARENT SIGNATURE

DATE

_____ Confirmo que soy el principal responsable de la administración de medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en el caso de que no soy capaz de hacerlo o en caso de una emergencia médica, autorizo Wesclin Distrito Escolar y sus empleados y agentes, en mi nombre y lugar, para administrar o para tratar de administrar a mi hijo (o para permitir a mi hijo a auto-administrar, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), la medicación prescrita legalmente en la forma descrita anteriormente. RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE SEA NECESARIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA MI HIJO A SER REALIZADO POR UNA PERSONA QUE NO SEA UNA ENFERMERA DE LA ESCUELA, Y CONSIENTO ESPECIFICAMENTE A TALES PRACTICAS. Además, reconozco y acepto que, cuando el medicamento prescrito legalmente es tan administrado o intentado ser administrado, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra el Distrito Escolar, sus empleados y agentes que surjan de la administración de dicho medicamento. Además, me comprometo a mantener indemne e indemnizar el Distrito Escolar, sus empleados y agentes, ya sea conjunta o separadamente, de y contra cualquier y todo reclamo, daños, causas de acción o las lesiones sufridas o como resultado de la administración o los intentos de la administración de dicho medicamento.

FIRMA DE PADRE

FECHA