PHYSICIAN'S MEDICATION ORDERS & PARENTAL AUTHORIZATION
ORDEN MEDICA PARA MEDICAMENTOS Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

STUDENT'S NAME_____ **DOB**_____ **SCHOOL YEAR:** _____
APELLIDOS DEL ESTUDIANTES — FECHA DE CUMPLEAÑOS

HOME ADDRESS_____ **PHONE**_____
DIRECCION DE LAS CASA — NUMERO DE TELEFONO-CASA

PHYSICIAN'S NAME_____ **PHONE**_____
NOMBRE DEL MEDICO FAMILAR — TELEFONO DEL DOCTOR

PHYSICIAN'S ADDRESS_____
DIRECCION DEL DOCTOR

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN
PARA SER COMPETADO FOR EL MEDICO FAMILIAR

MEDICATION 1_____ DOSAGE_____FREQUENCY_____TIME_____

Reason for medication_____ Toxic or side effects_____

First aid in case of reaction_____

MEDICATION 2._____ DOSAGE_____FREQUENCY_____TIME_____

Reason for medication_____ Toxic or side effects_____

First aid in case of reaction_____

MEDICATION 3._____ DOSAGE_____FREQUENCY_____TIME_____

Reason for medication_____ Toxic or side effects_____

First aid in case of reaction_____

PHYSICIAN'S SIGNATURE_____ **DATE**_____

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN
PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O GUARDIAN

My child takes pills: whole/ crushed Mi hijo traga las píldoras: entero/ de triturado
Please send in juice, pudding, applesauce or any other item to facilitate medication administration. Por favor enviar en jugos, con leche, compota de manzana o cualquier otro elemento para facilitar la administración de medicamentos.
Please send prescribed medicine in properly labeled pharmacy bottles only. Envie la medicina en su enbase correspondiente con la etiqueta de la farmacia.

Permission is hereby given for the School Nurse to administer prescribed medication to my child.
I also authorize the School Nurse to speak with my prescribing physician with any concerns regarding this medication. I will notify the school nurse if there are any changes in medication. Authorizacion dada a la enfermera para administrar medicamento a mi niño. También autorizo a la enfermera de la escuela para hablar con mi médico tratante con cualquier preocupación con respecto a este medicamento. Yo notificare a la enfermera de la escuela, en daso de algun cambio en al medicamento.

.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE_____ **DATE**_____
FIRMA DEL PADREO GUARDIAN — FECHA

PLEASE RETURN THIS FORM TO DIANE HAYES