

MEDICATION CONSENT FORM

Sturgis Public Schools

PARENT OR GUARDIANS ARE URGED TO GIVE MEDICATION AT HOME AND ON A SCHEDULE OTHER THAN SCHOOL HOURS. IF IT IS NECESSARY THAT A MEDICATION BE GIVEN DURING SCHOOL HOURS, THE FOLLOWING REGULATIONS MUST BE FOLLOWED.

*Medication must be brought to the school clinic in the **ORIGINAL CONTAINER** WITH A CURRENT LABEL SHOWING THE CORRECT DOSAGE NAME OF MEDICATION AND PERSON TAKING THE MEDICINE.

*The Parent or Guardian must sign this form granting the school permission to administer the medication according to the regulations set herein.

*The school does not provide medication of any kind to students. The Parent/Guardian must supply any medication needed.

*A new medication form must be completed whenever there is a change in the medication, dosage, or treatment to be given. The new form will replace all previous instructions or directions.

Child's Name: _____

Condition(s) being treated: _____

Name of physician/dentist: _____ Phone _____

Medication: _____ Dosage: _____

How often: _____ How long: _____

Special Instructions: _____

I request the above student be given the medication at school and school activities by designated staff, according to the prescription and a record maintained. The student has experienced no previous side effects from the medication. I further agree that school personnel may contact the prescriber as needed and that medication information may be shared with school personnel who need to know.

I understand the law provides that there shall be no liability for civil damages as a result to the administration of medication where the person administering the medication acts as an ordinarily reasonably prudent person would under the same or similar circumstances. I agree to provide safe delivery of medication and equipment to and from school and to pick up remaining medication and equipment on the last day of school or it will be properly destroyed.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____ Daytime Phone _____

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICINA

Sturgis Public Schools

PADRES O Tutores SE LES RECOMIENDA DAR MEDICAMENTO EN LA CASA Y EN OTRO HORARIO FUERA DE LA ESCUELA. SI ES NECESARIO QUE EL MEDICAMENTO SE LE DE AL NIÑO(A) EN EL HORARIO DE LA ESCUELA, ESTA INFORMACION NECESITA SER LLENADA.

- El medicamento tiene que traerse a la escuela en el **FRASCO ORIGINAL** CON LA ETIQUETA QUE INDIQUE LA DOSIS CORRECTA, NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y DE LA PERSONA QUE ESTA TOMANDO LA MEDICINA.
- El padre o tutor tiene que firmar esta forma dando permiso a la escuela de administrar el medicamento acordando las reglas.
- La escuela no le da medicamentos de ningún tipo a los estudiantes. El padre/tutor tiene que proporcionar cualquier medicamento que sea necesario.
- Cuando el medicamento es cambiado, una forma nueva tiene que ser llenada, indicando dosis, o tratamiento a dar. La forma nueva reemplazara todas las indicaciones de la forma pasada.

Nombre del niño(a): _____

Enfermedades que han sido tratadas: _____

Nombre del doctor/dentista: _____ Telefono: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Cada cuanto tiempo: _____ Por cuanto tiempo: _____

Instrucciones especiales: _____

Solicito que los medicamentos que se le van a dar a el alumno nombrado arriba, sean administrados por una persona designada por la escuela, acordando con la prescripción y el mantenimiento acordado. El estudiante no ha tenido efectos secundarios por el medicamento. Estoy de acuerdo que el personal pueda contactar al doctor cuando sea necesario y la información del medicamento puede ser compartida con el personal de la escuela que necesite saberla.

Entiendo que la ley provee que no habrá responsabilidad por danos civiles como resultado de la administración del medicamento, cuando la persona que esta administrando el medicamento actúe prudentemente. Estoy de acuerdo en proveer el medicamento en equipo seguro a la escuela, y lo recogeré el último día de clases, o será destruido.

Firma de padres/tutores: _____

Fecha: _____ Teléfono de día: _____