

Alvin Independent School District

Solicitud de Padres para la Administración de Medicina por el Personal de la Escuela

Nombre del Alumno	Fecha de Nacimiento del Alumno	Grado	Maestro (a)
-------------------	--------------------------------	-------	-------------

Nombre del Medicamento		Dosis		Horario de Administración	
Fecha de comienzo	Fecha de termino	<input type="checkbox"/> Dejar el medicamento en la escuela		<input type="checkbox"/> Mandar el medicamento diario a casa	
Condición por la cual se requiere el medicamento				Fecha de caducidad del medicamento	
Nombre del Doctor			Teléfono del Doctor		

Firmando este documento autorizo al personal del Distrito Escolar e Independiente de Alvin para administrar el medicamento (arriba mencionado) a mi hijo (mencionado al principio del documento) de acuerdo a las instrucciones del doctor o de acuerdo a las instrucciones de la etiqueta del medicamento. Adicionalmente, autorizo al personal del Distrito Escolar e Independiente de Alvin para contactar al doctor que prescribió el medicamento, para cualquier información o aclaración adicional en caso de que se requiera.

Nombre del Padre/Tutor		Firma del Padre/Tutor		Fecha	
Teléfono del Padre/Tutor		Celular del Padre/Tutor		Email del Padre/Tutor	

**Se requiere una receta médica para administrar medicamentos de mostrador por más de 10 días consecutivos a partir de la fecha original de la solicitud. Alvin ISD no administrara medicamentos que están recetados para tomar todas las mañanas, una vez al día o cada 8 o 12 horas. Estos medicamentos se deberán administrar en casa. Nota: Es requerido que todos los medicamentos recetados, que no sean inhaladores, sean recogidos por el padre/tutor antes o el ultimo día de escuela. Autorizo a la enfermera para mandar a casa medicamentos de mostrador después de la fecha de término de la administración o la última semana de escuela. Si No*

PARA EL USO DE LA CLINICA SOLAMENTE	
Date	Notes

Receive/return medication—Document witnessed pill count of all controlled medications received, returned, or intra-district transfer to new campus (count at both sending and receiving campus). Witness: Parent or AISD staff member

Date	Medication	Amount received	Amount returned	Signature	Witness signature

Personnel Name (Print)	Personnel Signature	Personnel Initials
Personnel Name (Print)	Personnel Signature	Personnel Initials
Personnel Name (Print)	Personnel Signature	Personnel Initials
Personnel Name (Print)	Personnel Signature	Personnel Initials
Personnel Name (Print)	Personnel Signature	Personnel Initials

Student Name: _____ Teacher: _____

Medication: _____ Dosage: _____ Time: _____

SCHOOL YEAR 2020-2021

DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY
1												1
2												2
3												3
4												4
5												5
6												6
7												7
8												8
9												9
10												10
11												11
12												12
13												13
14												14
15												15
16												16
17												17
18												18
19												19
20												20
21												21
22												22
23												23
24												24
25												25
26												26
27												27
28												28
29												29
30												30
31												31

CHARTING CODES

A	DC	ED	FT	H	LE	NM	*
Absent	Discontinued	Early Dismissal	Field Trip	Hold	Student Left Early	No Medication	Note on front of form

Controlled medication count witnessed and # of pills charted inside the box on the first day of each week. Witness to sign front of form.