

AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

PARENT'S CONSENT FOR GIVING  
PRESCRIPTION MEDICATION AT SCHOOL

I hereby request and give my consent for the school nurse or person designated by the administrator to see that my child,  
\_\_\_\_\_ receives the following medication for the period from \_\_\_\_\_ to  
\_\_\_\_\_.

The medication is to be furnished by me in the original container and is to be labeled with and given in the following manner:

1. Name of medicine and prescription number: \_\_\_\_\_
2. Route of administration (by mouth, etc.): \_\_\_\_\_
3. Amount to be given: \_\_\_\_\_
4. Time of day to be taken: \_\_\_\_\_
5. Expected duration of treatment: \_\_\_\_\_
6. Prescriber's name (must be on the label) \_\_\_\_\_
7. Indication (reason) for medication: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature (Parent/Guardian)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Teacher

\_\_\_\_\_  
Room No.

Comments:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

THE SCHOOL MUST BE NOTIFIED IMMEDIATELY IN WRITING OF ANY CHANGE IN MEDICATION.

DISTRITO ESCOLAR AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL

**AUTORIZACION DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR  
EN LA ESCUELA MEDICINA PRESCRITAS**

Yo por lo tanto pido y doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela o a la persona designada por la administración de la escuela le de a mi hijo/a \_\_\_\_\_ medicina por un periodo del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

La medicina debe venir de mi parte en el envase original y debe tener la especificación de administrarse de la siguiente forma:

1. Nombre del medicamento y número de la prescripción: \_\_\_\_\_
2. Como debe administrarse (oral, etc.): \_\_\_\_\_
3. Cantidad a darle: \_\_\_\_\_
4. A que hora del día se le debe dar: \_\_\_\_\_
5. Por cuanto tiempo dura el tratamiento: \_\_\_\_\_
6. Nombre de quien prescribió el medicamento: \_\_\_\_\_
7. Razón por la cual se le administra la medicina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Apoderado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Maestro/a

\_\_\_\_\_  
Número del salón de clase

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SE LE DEBE NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A LA ESCUELA POR ESCRITO DE CUALQUIER CAMBIO DE MEDICAMENTO.**