

PARENT'S REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION BY GUSTINE PERSONNEL

1. Name of student: _____
2. Address: _____ Grade: _____
3. Condition for which drug is to be given: _____
4. Name of medication: _____
5. Method of administration at school only:
Time: _____ Dosage: _____
Special instructions: _____

6. Physician's Name (Please Print) _____
7. Physician's signature: _____
(signature required if medication to be administered longer than ten days)

THE ABOVE MEDICATION MAY NOT BE SCHEDULED OTHER THAN SCHOOL HOURS. IT MAY BE ADMINISTERED BY A MEDICALLY UNTRAINED DESIGNATE OF THE PRINCIPAL. WITH THIS UNDERSTANDING, I REQUEST THE STATED MEDICATION BE ADMINISTERED TO THE ABOVE NAMED CHILD.

8. Parent's or Legal Guardian's Signature: _____
9. Daytime Phone Number _____ Date: _____

PEDIDO DEL PADRE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN DEL
PERSONAL DE GUSTINE

1. Nombre del estudiante: _____
2. Dirección: _____ Nivel del grado: _____
3. Condición para qué droga debe ser dada: _____
4. Nombre de la medicación: _____
5. Método de administración en la escuela solamente:
Tiempo: _____ Dosificación del: _____
Instrucciones especiales: _____

6. Nombre del médico: _____
7. Firma del médico: _____
(la firma requirió si medicación que se administrará más de largo de diez días)

LA MEDICACIÓN ANTEDICHA NO SE PUEDE PROGRAMAR OTRA
QUE HORAS DE LA ESCUELA. PUEDE SER ADMINISTRADO POR A
MÉDICAMENTE INEXPERIMENTADO PERSONA SELECTO DEL PRINCIPAL.

CON ESTA COMPRENSIÓN, SOLICITO INDICADO

LA MEDICACIÓN SE ADMINISTRE AL ARRIBA NOMBRADO
NIÑO.

8. Firma del padre o del guarda legal: _____
9. El número de teléfono del día: _____ La fecha: _____