

Jacksonville Independent School District
Parent's Request for Giving Medication at School

I request that my child: _____, Grade: _____,
Campus: _____, Teacher: _____,
receive medicine: _____ prescribed by: Doctor _____.
(name of medication)

Pharmacy: _____ Prescription Number: _____ Date Filled: _____
Dosage: _____ Time: _____
Diagnosis: _____
Beginning: _____ to _____
(Date) (Date)

All medication, (including over-the-counter drugs), should be **delivered to the Health Clinic** on your child's campus. It must be in their original container and be properly labeled. Prescription drugs and/or "samples" from the doctor must be labeled with the student's name, dosage to be administered, and the physician's name, date the prescription was filled and the name of the medicine. The school will not administer any type of medicine that is not FDA approved.

We, the parents, authorize JISD to assist our child in taking oral medication and agree that we will not hold liable any member of the school staff or individual of official capacity who is directed by us (the parents/guardian) and the school administrator to assist our child in taking said oral medication.

(Signature of Parent or Guardian)

(Date)

Jacksonville Independent School District
Nota de permiso de los padres para dar medicina en la escuela

Doy permiso a la escuela para que mi hijo-hija: _____, Grado: ____

Maestra-Maestro: _____, resete _____

_____ (nombre de la medicina)

por el doctor _____.

(nombre de doctor)

Farmacia: _____ Numero de la prescripción RX # : _____ Fecha: _____

Dosificación: _____ Hora: _____

Diagnosis: _____

Comenzando: _____ a _____

(fecha)

(fecha)

Todas las medicinas, incluyendo las que no son recetadas por el doctor, deben de estar en un envase original y que tengan el nombre apropiado. Prescripciones de drogas y "muestras" del doctor, deben de estar a nombre del estudiante, dosificación debe de estar conducido, el nombre del doctor, la fecha en que la prescripción fue llenada y el nombre de la medicina.

Nosotros, los padres autorizamos a la escuela para que atiendan a nuestro hijo-hija en tomar la medicina y estamos de acuerdo en que a ningún miembro del trabajo de la escuela será responsable. Tampoco no será responsable el individual del trabajo de capacidad oficial que es dirigida por nosotros (los padres) y la administración de la escuela para que atienda a nuestro hijo-hija en tomar una medicina.

(firma de los padres)

(fecha)