



# ALDINE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

14910 Aldine-Westfield Road • Houston, Texas 77032-3099 • (281) 449-1011

## Request for Administration of Medication

Physician's signature is required each school year for long-term prescribed medications, including "as needed" medications such as those used for asthma, and for over-the-counter medications given for more than 30 days. In addition, the school nurse may request physician signature for any medication requiring additional monitoring.

RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL NURSE WHEN COMPLETED.

Prescription medication must be in the original container with the student's name, doctor's name and current date and dose instructions. Non-prescription medication must also be in the original container and will be given according to label directions.  
The School Nurse is authorized to contact and consult with your child's physician regarding his/her medical needs.

To the principal of \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(School name)

As parent/guardian of \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, give permission for a designee of Aldine  
(Print parent's name)

Independent School District to administer to my child, the following medication:

Name of medication \_\_\_\_\_

Dose (amount) to be given \_\_\_\_\_ Concentration \_\_\_\_\_

Time to be given \_\_\_\_\_ Date to discontinue \_\_\_\_\_

Additional instructions or side effects regarding the above medication \_\_\_\_\_

Reason for administering medication \_\_\_\_\_

Physician's name \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_  
(Include area code)  
Physician's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Work Telephone/ Home Telephone

Filed in nurse's office on \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_

You may make additional copies of this sheet or obtain copies in the nurse's office.



# ALDINE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

14910 Aldine-Westfield Road • Houston, Texas 77032-3099 • (281) 449-1011

## Solicitud Para la Administración de Medicinas

Se requiere firma médica cada año para administrar medicinas recetadas a largo plazo, incluyendo las que se suministren “cuando sea necesario” tales como las que se usan para el asma y para las que se puedan comprar sin receta si se van a tomar por 30 días. o más Además la enfermera escolar puede solicitar la firma médica para cualquier medicina que requiera supervisión adicional.

REGRESE ESTA FORMA A LA ENFERMERA ESCOLAR CUANDO LA COMPLETE.

Las medicinas recetadas deben venir en su recipiente original con el nombre del estudiante, el del doctor(a), la fecha corriente e instrucciones sobre la dosis. Las medicinas sin receta también tienen que estar en el recipiente original y se administrarán de acuerdo a las instrucciones en la etiqueta.  
La enfermera de la escuela está autorizada para llamar y consultar con el médico(a) de su hijo(a) sobre sus necesidades médicas.

Al director(a) de \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(nombre de la escuela)

Como padre/guardián de \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a un designado del Distrito  
(Nombre del padre en imprenta)

Independiente de Aldine para que le administre a mi hijo(a) la siguiente medicina

Nombre de la medicina \_\_\_\_\_

Dosis (cantidad) a dar \_\_\_\_\_ Hora de dársela \_\_\_\_\_

Fecha de discontinuarla \_\_\_\_\_

Instrucciones adicionales o efectos secundarios relacionados con esta medicina \_\_\_\_\_

Razón por la que se administra esta medicina \_\_\_\_\_

Nombre del doctor(a) \_\_\_\_\_ Teléfono. \_\_\_\_\_  
(incluya el código de área)

Firma del doctor(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián ( ) Teléfono del Trabajo ( ) Teléfono del Hogar

Recibido en la oficina de la enfermera el \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Usted puede hacer copias adicionales de esta forma u obtener copias de la oficina de la enfermera.