

Pratt Unified School District No 382

Request for Medication to be Administered During School Attendance

Solicitud de administracion de los medicamentos en la escuela

Name of Student _____

School _____ Grade _____

Diagnosis _____

Medication _____ Dosage _____

Time of Day Medication is to be given _____

Date _____

Signature of Physician

Yo doy mi permiso para que mi estudiante _____ tome el medicamento recetado en la escuela, como es ordenado por el medico. Yo entiendo que es mi responsabilidad de comprar este medicamento. Tambien entiendo que cual quier empleado de la escuela que administrara cual quier medicamento a mi estudiante, a como ordena el medico, no sera responsable por daños como resultado de una reaccion sufrida por el estudiante por administrar o por falta de administrar este medicamento.

Fecha

Firma de Padre/Tutor