



EDINBURG CONSOLIDATED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Health Services Department
Medication Administration Authorization Form
Autorización para la Administración de Medicamento

Student Name \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Teacher / Grade \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Medication Name \_\_\_\_\_

I give consent for the administration of this medication to my child by school personnel.
Doy el consentimiento para la administración de este medicamento a mi hijo(a) por el personal de la escuela.

Parent / Guardian Signature X \_\_\_\_\_
Firma del Padre / Guardián

Date / Fecha \_\_\_\_\_ Phone number / Número de teléfono \_\_\_\_\_

Parents are encouraged to transport all medication to and from school; however, that may not always be possible.
Se recomienda que los padres transporten los medicamentos hacia y desde la escuela, sin embargo, esto no es siempre posible.

Please select one of the following and sign / Por favor, seleccione una de las siguientes y firme:

I give consent to ECISD personnel to allow my child to transport his/her medication home from school. I understand that no injectable, controlled medication or medication deemed unsafe for my child to transport will be given to my child to take home.
Doy consentimiento para que el personal de ECISD permita que mi hijo(a) transporte el medicamento de la escuela a la casa. Entiendo que ningún medicamento inyectable controlado o que se considere inseguro para que mi niño(a) transporte será entregado a mi hijo(a) para llevar a casa.

I or the following designee (adult relative/friend) will pick up medication at school. Yo o la persona designada (un pariente o amigo adulto) recogerá el medicamento en la escuela.

Designee(s) / Designado(s) \_\_\_\_\_

All medication that is not picked up by the last day of school may be disposed.
Todos los Medicamentos que no se recojan para el último día de clases serán descartados.

Parent / Guardian Signature X \_\_\_\_\_
Firma del Padre / Guardián



EDINBURG CONSOLIDATED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

**Student Name** \_\_\_\_\_

**Medication** \_\_\_\_\_

**Dosage / Route / Time** \_\_\_\_\_

**Doctor** \_\_\_\_\_ **Pharmacy** \_\_\_\_\_ **Phone #** \_\_\_\_\_

**Rx #** \_\_\_\_\_ **Date filled:** \_\_\_\_\_ **Date expires** \_\_\_\_\_

**Print Name of Nurse(s) and Designee(s)** \_\_\_\_\_



<u>Date</u>	<u>Time of Administration</u>	<u>Signature of Nurse / Medication Administration Designee</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

It is the policy of Edinburg CISD not to discriminate on the basis of sex, age, handicap, religion, color, or national origin in its educational programs. Es la póliza del Distrito Escolar de Edinburg el no discriminar por razones con base en sexo, edad, religión, raza, color, origen nacional, ni por discapacidad dentro de sus programas educacionales.