



Lago Vista Independent School District Medication Administration

This form must be fully completed in order for the student to receive the requested medication. A new medication administration form must be completed at the beginning of each year, for each medication and each time there is a change in dosage or time of administration of the medication. Blank forms are available in each campus office.

Student Name _____ DOB: _____ Grade _____

Name of Medication: _____ Dose: _____

Take Medication by: (Circle one) Mouth Inhaler Cream/Topical Injection Other

Dates to be given Entire school year or These dates _____ to _____

Time(s) to be given: Daily at: _____ OR as needed every _____ hours

Reason for medication _____

Special considerations / Side effects: _____

Parent/ Guardian: I understand that Lago Vista ISD policy requires the following:

- **ONLY PARENTS may bring medicine to school or take it home from school. (DO NOT SEND WITH CHILD)**
- Prescription medications must be in the original container with a pharmacy label.
- **Students are not allowed to carry medications** unless specified as emergency meds by their physician.
- Non-prescription (OTC) meds must be in the original unopened container.
- **OTC medications given for over 5 consecutive days require a written physician's signature *(see below)**
- First doses of medication must be given at home.
- **Medications not retrieved within 10 days after the last day of school will be discarded.**

Parent Printed Name: _____ Phone #: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

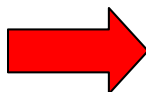
Physician signature also required for all Prescription meds as well as OTC if given for more than 5 consecutive days

Physician: I request that the student receive this medication during the school day as indicated above.

This medication considered an emergency rescue medication? YES NO

If YES: This student has been instructed on the proper use of this medication and is deemed responsible to carry and administer themselves. YES NO

Physician's office stamp required



Clinic computer-generated medication orders acceptable with clinic letterhead.. or sign below.

Physician's Signature: _____ Date: _____



Lago Vista Independent School District

Medication Administration

Este formulario debe completarse en su totalidad para que el estudiante pueda recibir la medicación solicitada. Un nuevo formulario de administración de medicamentos debe ser completado al comienzo de cada año, para cada medicamento y cada vez que hay un cambio en la dosis o el tiempo de administración del medicamento. Los formularios en blanco están disponibles en cada oficina del campus.

Nombre del estudiante _____ La fec de nac. _____ Grado _____

Nombre de la medicación: _____ Dosis: _____

Tomar medicamentos por: (Escoger uno) la boca el inhalador crema tópica inyección otra

Fechas a dar: Todo el año escolar o Estas fechas _____ a _____

Tiempo(s) a dar: Cada día en: _____ o según sea necesario cada _____ horas.

Razón de la medicación _____

Consideraciones especiales / Efectos secundarios: _____

Padre/Tutor: Entiendo que la política de Lago Vista ISD requiere lo siguiente:

- **SOLO LOS PADRES** pueden traer medicamentos a la escuela o llevarlos a casa de la escuela. **(NO ENVIAR CON NIÑO(A))**
- Los medicamentos recetados deben estar en el envase original con una etiqueta de farmacia.
- **Los estudiantes solo pueden cargar medicamentos si su médico los especifica como medicamentos de emergencia.**
- Los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original sin abrir.
- **Los medicamentos sin receta administrados durante más de 5 días consecutivos requieren la firma escrita de un médico *(ver más abajo)**
- La primera dosis de medicamento debe administrarse en casa.
- **Los medicamentos que no se recuperen dentro de los 10 días posteriores al último día de clases serán descartados.**

Nombre impreso principal: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

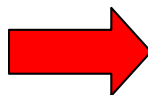
También se requiere la firma del médico para todos los medicamentos recetados, así como para los medicamentos de venta libre si se administran durante más de 5 días consecutivos

Médico: Solicitó que el estudiante reciba este medicamento durante el día escolar como se indicó anteriormente.

¿Se considera este medicamento un medicamento de rescate de emergencia? SI NO

En caso afirmativo: Este estudiante ha sido instruido sobre el uso adecuado de este medicamento y se considera responsable de llevarlo y administrarlo por sí mismo. SI NO

Se requiere sello del consultorio del médico



Se aceptan órdenes generadas por computadora de la clínica con membrete de la clínica. o firma a continuación.

Firma del médico: _____ Fecha: _____