



ANTHONY INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Health Services

Support Services
Health Services

Medicine at School: If your child has to take medicine at school, submit a written request (Parent/Guardian Permission for Medications) to the school nurse and provide only the **doses to be administered at school** in the **original prescription bottle**. Students on medication must have a written order from a **Texas licensed physician** (prescription label is the doctor's order). The medication must be approved by the Food and Drug Administration (FDA), appear in the U. S. Pharmacopoeia, and the dosage must not exceed the daily dosage approved by the FDA.

_ If at all possible, please schedule the timing of the doses so that the child takes the medicine at home. Only the nurse or other authorized school employees are permitted to administer medicines at school.

_ **For your child and other children's health and safety, the district does not permit students to carry their own medications and self-administer with the exception of asthma inhalers.** If your child has asthma, unique medical conditions, or any other condition such as a food allergy, that requires virtually immediate administration of medications under specified conditions, please contact the school nurse, who will schedule a meeting of appropriate personnel to ensure that your child's needs are met. A student who has written authorization from his/her parent **and** licensed health care provider, and who meets all other requirements, may be permitted, at the student's discretion, to use prescribed asthma medication at school or school-related events. The student and parents should see the school nurse if the student has been prescribed asthma medication for use during the school day.

-If your child needs to take over-the-counter medication, please send the medication in its original container with the Parent/Guardian Permission for Medications form filled out. **No over-the-counter medication will be available in the nurse's office that has not been sent from home with the permission form filled out.**



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE ANTHONY
Servicios de Salud

*Servicios de Apoyo
Servicios de Salud*

Medicina en la Escuela: Si su hijo(a) tiene que tomar medicina en la escuela, entregue una petición (Permiso del Padre o Tutor para Medicamentos) a la enfermera de la escuela y proporcione únicamente la **dosis que debe ser administrada en la escuela en la receta original** del envase. Los estudiantes bajo medicamento deben tener una orden escrita de un **médico autorizado en Texas** (la etiqueta de la receta es la orden del médico). El medicamento debe ser aprobado por la Administración de Comida y Medicinas (FDA), aparecer en la Farmacopea, y la dosis no debe exceder de la dosis diaria aprobada por la FDA.

_ Si es posible, por favor organice un horario de la dosis para que su hijo(a) tome la medicina en casa. Únicamente la enfermera u otro empleado autorizado de la escuela tendrán permiso de administrar medicinas en la escuela.

_ **Por la salud y seguridad de su hijo(a) y otros niños y jóvenes, el distrito no permite que los estudiantes tengan sus propios medicamentos y se los administren ellos mismos con la excepción de los inhaladores para asma.** Si su hijo(a) tiene asma, condiciones medicas especiales, o cualquier otra condición como alergia a ciertos alimentos, que requiera inmediata administración virtual de medicamentos bajo condiciones específicas, por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela, quien programará una reunión del personal apropiado para asegurar que se cumplan las necesidades de su hijo(a). Un estudiante que tenga autorización escrita de su padre/tutor y de su proveedor de asistencia médica autorizado, y quien llene todos los demás requisitos, puede ser permitido, a la discreción del estudiante, de usar en la escuela o en eventos relacionados con la escuela el medicamento asmático recetado. El estudiante y sus padres deben visitar a la enfermera de la escuela si se le ha recetado al estudiante medicamento asmático para usar durante el día escolar.

_ Si su hijo(a) necesita tomar medicamento sin receta médica, por favor mande el medicamento en su envase original con la forma de Permiso del Padre o Tutor para Medicamentos completa. **Ningún medicamento sin receta médica que no venga de casa con la forma de permiso completa estará disponible en la oficina de la enfermera.**

PARENT/GUARDIAN PERMISSION FOR MEDICATIONS
PERMISO DE PADRES/GUARDIAN PARA MEDICAMENTO

One form to be completed for each medication. Medication instructions must be renewed every year and with any change in the medication administration (*Se debe llenar una forma para cada medicamento. Instrucciones medicas deben de ser renovadas cada año y con cualquier cambio en la administración del medicamento*)

Student (Estudiante)

Date (Fecha)

School (Escuela)

DOB (Fecha de Nacimiento)

Grade (Grado)

Name of Medication

Nombre de Medicamento

Amount of Medication to be given

Cantidad de Medicamento Que Será Dado

Time Medication is to be given

Hora Que Será Dado Medicamento

Medication is to be given (circle one):

Daily Monday – Friday

As Needed

Medicamento Será Dado:

Diario - Lunes-Viernes

Cuando Sea Necesario

Name of Doctor prescribing medication (must be licensed to practice in Texas)

Nombre de medico que receto medicamento (debe de tener licencia para practicar en Texas)

I give the school official permission to administer the above medication to my child. I realize that any medication may produce undesired responses ranging from rare, mild and localized to widespread and life threatening at any time. I will not hold the school responsible for any undesired reaction my child may have to this medication. (*Le doy permiso oficial a la escuela para darle el medicamento arriba mencionado a mi hijo/hija. Yo comprendo que cualquier medicamento puede producir reacciones indeseables desde raras, leves y localizadas hasta extendidas y amenazando la vida a cualquier hora. Yo no voy a mantener a la escuela responsable por ninguna reacción indeseable que mi hijo/hija pueda tener con este medicamento.*)

Parent/Guardian Signature

Firma de Padres/Guardián

Work Phone

Teléfono Trabajo

Home Phone

Teléfono Domicilio

**END OF YEAR MEDICATION RETURN FOR STUDENTS TAKING DAILY
MEDICATION FOR SCHOOL YEAR -
MEDICAMENTO REGRESADO AL FIN DEL AÑO PARA ESTUDIANTES TOME
MEDICAMENTO DIARIO PARA AÑO ESCOLAR -**

↑ Please send my child's medication(s) home with him/her on the last day of school. I will be sure to remove it from his/her backpack/book bag that evening. I accept full responsibility for this action. *(Por favor mande a casa con el/ella el medicamento de mi hijo/hija el ultimo día de la escuela. Yo estaré seguro de sacarlo de su bolsa de libros en la tarde. Yo acepto responsabilidad completa por esta acción.)*

Any medication that does not have parental consent to release to the child or is not picked up by the parents will be disposed of on the LAST DAY OF SCHOOL. *(Cualquier medicamento que no tenga consentimiento de los padres para entregarlo al niño/niña o que no sea recogido por los padres será destruido el ÚLTIMO DIA DE LA ESCUELA.)*

Parent/Guardian Signature
Firma de Padres/Guardián

Date
Fecha

- I will pick up my child's medication(s) myself before the last day of school. *(Yo mismo iré a recoger el medicamento de mi hijo/hija antes del último día de la escuela.)*

Parent/Guardian Signature
Firma de Padres/Guardián

Date
Fecha