

### Permission for Medication

Name of student \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Medication \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

Purpose of medication \_\_\_\_\_

Time of day medication is to be given \_\_\_\_\_

Possible side effects \_\_\_\_\_

Anticipated number of days it needs to be given at school \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of health care practitioner*

Permission to self carry inhaler or epipen at school:

\_\_\_\_\_  
*Signature of physician*

\_\_\_\_\_  
*Signature of school nurse*

It is understood that the medication is administered solely at the request of and as an accommodation to the undersigned parent or guardian. In consideration of the acceptance of the request to perform this service by the school nurse or other designee employed by the Lake County School District, the undersigned parent or guardian hereby agrees to release the Lake County School District and its personnel from any legal claim which they now have or may hereafter have arising out of side effects or other medical consequences of the medication.

I hereby give my permission for \_\_\_\_\_ to take the above prescription at school as ordered. I understand that it is my responsibility to furnish this medication.

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of parent or guardian*

## Permiso para medicamentos

Nombre del alumno \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Propósito del medicamento \_\_\_\_\_

Hora del día para suministrar los medicamentos \_\_\_\_\_

Posibles efectos colaterales \_\_\_\_\_

Cantidad de días que se espera tener que suministrar en la escuela \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del profesional de la salud*

Permiso para cargar inhalador o epipen en la escuela:

\_\_\_\_\_  
*Firma del médico*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la enfermera escolar*

Se entiende que el medicamento se suministra únicamente a petición de, y como ajuste en favor del padre o representante firmante. En consideración de la aceptación de la solicitud de prestar este servicio por parte de la enfermera escolar u otro empleado designado por el Distrito Escolar del Condado Lake, el abajo firmante padre o representante por este medio acuerda eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Condado Lake y a su personal por cualquier reclamo legal que puedan tener ahora o que pueda surgir después debido a efectos colaterales u otras consecuencias médicas del medicamento.

Por este medio doy mi permiso para que \_\_\_\_\_  
tome el medicamento prescrito descrito anteriormente en la escuela según se indica.  
Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar dicho medicamento.

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o representante*

**[Editado en agosto 2010]**

Distrito Escolar Condado Lake R-1, Leadville, Colorado