

BETHLEHEM AREA SCHOOL DISTRICT
Bethlehem, Pennsylvania

AUTHORIZATION FOR MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

Date: _____

My child, _____, must receive the following prescribed medication during school hours in order to maintain sufficient health to participate in the school program. I will provide the medicine in an appropriately labeled, original pharmacy container.

Name of medication: _____

Prescribed dosage: _____

Time schedule: _____

Diagnosis and necessity of medication during school hours: _____

Physician: _____

Physician telephone number: _____

List side effects of medication: _____

Expected duration of medication regime: _____

Pharmacy: _____ Pharmacy phone number: _____

In the event a student is not in the building at the prescribed medication time i.e. a student trip or late entry the student may receive the medication upon entry to school or the medication may be held per parental request. _____ Initials

I do hereby release, discharge and hold harmless, Bethlehem Area School District, its agents and employees, from any and all liability and claims whatsoever in connection with the administration of the above medication to my child.

Signature of Parent or Guardian

Signature of Physician

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE BETHLEHEM
Bethlehem, Pennsylvania

**AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO DURANTE HORAS
ESCOLARES**

Fecha: _____

Mi hijo/hija, _____, tiene que recibir el siguiente medicamento durante horas de escolares ya que éste es necesario para que él/ella pueda hacer bien sus actividades escolares. Voy a proveer el medicamento con la debida información en la etiqueta y en el envase original de la farmacia.

Nombre del medicamento: _____

Dosis recetada: _____

Horas en que se administrará: _____

Diagnosis y razón por la que debe administrarse en la escuela: _____

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____

Efectos secundarios o reacciones del medicamento: _____

Duración prevista del régimen de la medicación: _____

Farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

En el caso que un estudiante no esté en el edificio a la hora del medicamento recetado, es decir, giras ó tardanzas, el estudiante puede recibir el medicamento al entrar a la escuela ó a petición de los padres podemos retener el medicamento. _____ Iniciales

Por este medio, yo relevo y mantengo indemne al Distrito Escolar del Área de Bethlehem, sus agentes y empleados de toda responsabilidad y reclamaciones en relación con la administración del medicamento mencionado a mi hijo(a).

Firma del Padre o Encargado

Firma del Médico