



HEALTH SERVICES  
Richardson Independent School District

2011-2012

### Petición de los Padre y/o Doctor para La Administración de Medicamentos por El Personal de la Escuela

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Maestra/Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

¿Es el medicamento nuevo para su hijo(a) y no ha sido administrado a su hijo(a) anteriormente? **SÍ NO**

Horas para dárselo: \_\_\_\_\_ Fecha en que debe terminar: \_\_\_\_\_

El medicamento es requerido por: \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios del medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\*Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Mi firma abajo indica que yo pido que el personal de RISD administre el medicamento como se indica arriba a mi hijo/hija, y yo estoy dando permiso para que los empleados de RISD contacten al doctor por información adicional, si es necesario.

Firma de un Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono del Guardián Durante el Día: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

*\*La firma del doctor es requerida para cualquier medicina, aun cuando no sea recetada y sea usada por más de 10 días consecutivos.*

Solamente la cantidad de medicina para 30 días será aceptada.

***FOR OFFICE USE ONLY!***

- Entered in Star Student
- Teacher Notified \_\_\_/\_\_\_

**Medication Count:**

Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials	Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials

**Comments (Indicated by \* on back of form):**

Date	Comments	Date	Comments

Date	RN Review

Medication returned to: Parent / Student \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Print Signature

STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_

MEDICATION: \_\_\_\_\_ DOSAGE: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_

DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY
1												1
2												2
3												3
4												4
5												5
6												6
7												7
8												8
9												9
10												10
11												11
12												12
13												13
14												14
15												15
16												16
17												17
18												18
19												19
20												20
21												21
22												22
23												23
24												24
25												25
26												26
27												27
28												28
29												29
30												30
31												31
DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY

**CHARTING CODES**

A	DC	FT	H	OOM	R	SF	*
Absent	Discontinued	Field Trip	Hold	Out of Medication	REACH	Sent For	Comments

\* Indicates Comments on front of form