



STUDENT HEALTH SERVICES

FORMULARIOS DE SOLICITUD DE PERMISO DE MEDICAMENTOS

Padres o guardianes legales:

El Distrito Escolar Independiente de Seguin ha delineado los pasos que deben tomarse antes de que se entregue el medicamento recetado a los estudiantes en el campus. Queremos ayudarlo a usted y a su hijo/a a comprender estas reglas para que él / ella no infrinja gravemente el Código de Conducta Estudiantil de Seguin ISD y esté sujeto a medidas disciplinarias.

No se permite que los estudiantes lleven consigo ningún medicamento a menos que su médico indique lo contrario y órdenes escritas que indiquen como tal, esto también incluye medicamentos de venta libre. Los medicamentos serán mantenidos y dispensados por personal de salud. Se deben tomar los siguientes pasos antes de que un estudiante pueda tomar medicamentos en la escuela.

1. El padre o guardianes legal debe presentar este formulario de consentimiento completo a la enfermera del campus o una receta escrita y firmada por el médico que lo solicitó.
2. El padre o guardianes legal debe traer el medicamento en el frasco de prescripción original, debidamente etiquetado por un farmacéutico registrado como lo prescribe la ley. Los frascos de prescripción médica deben estar vigentes dentro de los 45 días.
3. El personal del distrito puede administrar medicamentos a largo plazo (más de 10 días) siempre que el proveedor de atención médica que prescribe complete el resto de este formulario.

Estudiante: _____ DOB: _____

Escuela: _____ Grado: _____ ID#: _____

THE FOLLOWING TO BE COMPLETED ONLY BY HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL NURSE

Medication	Strength Dose	Time (at school)	Route

Allergies: _____

Special Instructions: _____

Signature of Health Care Provider _____ Date _____ Phone _____

TO BE COMPLETED BY PARENT

I, _____, give permission for my child to receive the above medication as directed. I give my permission for my child's physician to share written or verbal information with the School Nurse for the duration of the school year regarding their medication(s) and diagnosis.

Signature of parent/guardian: _____ Date: _____

Phone Numbers: Cell/Home: _____ Work: _____

MEDICATION RECEIVED AND COUNTED

Total: Pills: _____ ML's/CC's: _____ Parent Initials: _____ Clinic Staff Initials: _____ Date _____ *Revised 07/26/2022*



Seguin exceptional students to exceptional citizens
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
STUDENT HEALTH SERVICES

Medication Refill Log
And medication count

Medication:

Date	Amount Recieved/ Onhand	Parent/Witness Signature	Nurse Signature	Comments