

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 of prescriber**

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

BETHLEHEM AREA SCHOOL DISTRICT
Bethlehem, Pennsylvania
**AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO
DURANTE HORAS ESCOLARES**

Fecha: _____

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

Nombre del medicamento: _____

Dosis recetada: _____

Horas en que se administrará: _____

Nombre del médico: _____

Telefono del médico: _____

Efectos secundarios o reacciones del medicamento: _____

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

Por cuánto tiempo debe administrarse: _____

Por este medio, yo relevo al Distrito Escolar, sus agentes y empleados de toda responsabilidad en lo que respecta a la administracion del medicamento en la escuela.

Si su niño/a va a ir a un viaje escolar, no llevará la medicina consigo si no se han hecho arreglos de antemano. La enfermera no acompaña los niños en los viajes escolares.

Firma del Padre o Encargado

Firma del Médico