

COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT NO. 220
310 E. James Street, Barrington, Illinois 60010

REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

To Be Completed By Licensed Prescriber

When it is necessary for a student to receive medication at school, the following information must be provided:

(Student's name) (Date of birth) (grade/rm)

Should take _____
(Name of Medication) (dosage)

At _____ by _____ for _____
(time of day) (route) (period of time)

Diagnosis of disease or injury _____

Desired benefits of medication _____

Medication side effects _____

Other medication student is receiving _____

Doctor's name printed _____ Telephone Number _____

Address _____ Fax Number _____

Doctor's signature _____ Date _____

NOTE: The "Request For Self-Administration of Emergency Medication" form must be completed if medication request is for the self-administration of asthma medication or Epi-Pen.



Para ser completado por el padre/guardiano

Doy permiso para mi hijo/a _____ recibir la medicación de arriba en la manera prescrita. Estoy de acuerdo con los términos del procedimiento para la administración de la medicación. Además renuncio completamente a Community Unit School District 220 y sus empleados y agentes de cualquiera responsabilidad u obligación de cualquiera índole relatado a la política de medicación del Distrito y procedimiento. También entiendo que mi firma en esta hoja denota permiso para la enfermera de la escuela y el/la doctor/a que prescribe conferir con respecto a la administración/monitoreamiento de esta medicación.

Firma de padre o guardiano Fecha

Medication Must Be Brought To School By The Parent/Guardian!