

Lago Vista ISD
Request to Administer Medication

Student _____ Grade _____

I request that designated personnel of LVISD administer the medication listed below to my child according to the label and/or physician instructions.

- THE SCHOOL **DOES NOT** STOCK ANY MEDS FOR STUDENTS
- LOOSE MEDICATIONS SENT IN BAGGIES **WILL NOT BE GIVEN**
- HERBAL TREATMENTS (NOT FDA APPROVED) MAY NOT BE GIVEN

Non-prescription meds

- Must be in NEW, UN-OPENED CONTAINERS
- Must include manufacturer's dosing instructions
- Must be age appropriate
- Must not be expired

Name of Medication: _____

Dosing Manufacturer's recommended dose Other _____

Reason Aches/Pain Allergies-cold Other _____

Prescription meds

- Must not be expired
- Must have pharmacy label with student's name and dosing instructions clearly readable

Name of medication _____ Dose _____

Reason for medication _____ Time(s) to be given _____

Parent Signature _____ Telephone _____ Date _____

At the end of the school year

- School to dispose of meds Parent to pick up Child may bring home

Lago Vista ISD
Solicitud para Dispensar Medicamentos

Estudiante: _____ Grado _____

Solicito que personal designado de Lago Vista ISD puede administrar el medicamento a mi hijo según las instrucciones de la etiqueta y/o médico a continuación)

- La escuela **no consevara** los meds sin receta para los estudiantes
- **No se darán** medicamentos sueltos enviadas bolsas
- **No se darán** medicamentos herbaria, (no aprobado por FDA)

Medicamentos sin receta

- Debe ser nuevo, sellado de contenedores
- Debe incluir las instrucciones de del fabricante
- Debe ser la edad apropiada
- No debe estar caduacado

Nombre de medicamento: _____

Doseficación del fabricante Otre _____

Razón: El Dolor Alergias / Frias Otre _____

Medicamentos de prescripcion

- No debe estar caduacado
- Debe tener la etiqueta de la farmacia con doseficación instrucciones claramente legible y nombre del estudiante

Nombre de medicamento: _____ Dosis _____

Razón para medicamento _____ Cuando dar _____

Firma del padre _____ Telephono _____ Fecha _____

Al final del año escolar

- La escuela dispondrá de medicamentos Padres a recoger Niño puede llevar a casa