

**Irving Independent School District  
Health Services**

**Request for Administering Over-The-Counter Medications by School Personnel**

***Petición para administrar medicamentos que no requieren receta médica  
por parte del personal de la escuela***

Student's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
(Nombre de estudiante) (Fecha de nacimiento)

Known Diagnosed Allergies \_\_\_\_\_  
(Alergias diagnosticadas)

Current Medications \_\_\_\_\_  
(Medicinas actuales)

Significant Medical History (Pregnancy, Breastfeeding, Diabetes, etc.)  
(Historia médica significativa [embarazo, dar pecho, diabetes, etc.])  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OTC Medication to be given \_\_\_\_\_  
(Medicamento que no requiere receta médica a ser administrado)

Medication must be in the original **unopened** container labeled with the student name  
(El medicamento debe estar en el recipiente original **sin abrir** con el nombre del estudiante)

Labels on over-the-counter medications must designate contents as MEDICATION.  
(Las etiquetas en los medicamentos que no requieren receta médica deberán designar sus Contenidos como MEDICAMENTOS)

Reason for Giving \_\_\_\_\_  
Razón por tomar este medicamento

Dosage (Dosis ) \_\_\_\_\_  
Dosage must be within the recommended amount as stated on label  
(La dosis debe estar dentro de la cantidad recomendada según indicaciones en el etiqueta)

Time to be given (Hora en la cual se debe dar) \_\_\_\_\_

Dates to be given (Fechas en las cuales se debe dar) \_\_\_\_\_  
Medications are given during school hours only  
(Los medicamentos solamente se proporcionan en horas de escuela)

Has student taken this medication before? (¿El estudiante ha tomado este medicamento anteriormente?)  
\_\_\_\_\_

Medication expiration date (Fecha de caducidad del medicamento) \_\_\_\_\_

**A physician's written request is required if medication is to be given more than five(5)consecutive school days** (Se requiere una petición escrita por el médico si el medicamento se va a dar por más de cinco (5) días escolares consecutivos).

Home Phone: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de casa

Parent's Signature: \_\_\_\_\_  
Firma del padre/Guardián

Work Phone: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de trabajo

Date: \_\_\_\_\_  
Fecha

NOTE (Nota): PLEASE INDICATE BELOW YOUR PREFERENCE REGARDING ANY UNUSED PORTION OF YOUR CHILD'S MEDICATION (Por favor indique abajo su preferencia respecto a cualquier porcion de medicamento no usado por su hijo/a)

\_\_\_\_\_ Parent will pick up medication (El padre/tutor vendrá a recoger el medicamento)

\_\_\_\_\_ Send medication home with student (Mande el medicamento a casa con el estudiante)

Date Medication Received (Fecha en que se recibió el medicamento) \_\_\_\_\_