

# Tigard-Tualatin School District 23J Medication Administration Record

Please note: Medication must be sent to school in its original container with the student's name affixed. In the case of prescription medication, it must be accompanied by the physician's prescription (a prescription label is sufficient). Medication is only administered at school if it is required that it be given during school hours.

Parent/Guardian: Please complete the information in the box below:

STUDENT NAME:

School	Grade/Teacher	Home Phone & Work Phone
Name of Medication	Date Medication Given to School	Date Medication to be Discontinued
Dosage to be Given	Time to be Given	Route (i.e., orally)

*I request and authorize that the school dispense this medication in accordance with the directions above, and for prescription medication, the direction of the physician. I understand that medication not picked up within five days of the end of the medication period, or the end of the school year, will be destroyed. I also understand that prescription medications require a written statement from the physician in order to change the dosage. This includes discontinuing the medication (for ongoing prescriptions).*

\_\_\_\_\_

*parent/guardian signature/date*

Medication Count/Date	Signature of Counter	Signature of Witness
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<i>initials</i>	<i>signature match</i>	<i>initials</i>	<i>signature match</i>
<i>initials</i>	<i>signature match</i>	<i>initials</i>	<i>signature match</i>
<i>initials</i>	<i>signature match</i>	<i>initials</i>	<i>signature match</i>

# Medication Administration Record

Student Name: \_\_\_\_\_ Medication/Dosage: \_\_\_\_\_

Date	Time	Initials	Date	Time	Initials	Date	Time	Initials

### Record of Destruction of Medication

This medication was disposed of by the following method: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*date*

*reason*

*signature*

*witness*

# Distrito Escolar Tigard-Tualatin 23J Registro de Administración de Medicación

Por favor note: Las medicaciones deben ser enviados a la escuela en su envase original con el nombre del estudiante adherido. En el caso de las medicaciones recetados, deben ser acompañados con la prescripción del médico (una etiqueta de la receta es suficiente). La medicación sólo será administrada en la escuela si se requiere que se le dé durante el horario escolar.

Padre/Tutor: Por favor complete la información en el cuadro debajo: Nombre del Estudiante:

_____	_____	_____
Escuela	Grado/Maestro	Teléfono de Casa y del Trabajo
_____	_____	_____
Nombre de la Medicación	Fecha en que Fue Dada la Medicación a la Escuela	Fecha que la Medicación debe ser Discontinuado
_____	_____	_____
Dosis que se le Dará	La Hora que se le Dará	La Ruta (Es Decir, Oralmente)
<p>Les solicito y autorizo que la escuela dispense esta medicación de acuerdo con las instrucciones de arriba y para la medicación recetada, las instrucciones del médico. Entiendo que la medicación que no sea recogido dentro de los cinco días siguientes al final del período de la medicación, o el final del año escolar, será destruida. También entiendo que las medicaciones recetadas requieren una declaración escrita del médico con el fin de cambiar la dosis. Esto incluye discontinuar la medicación (para las recetas en curso).</p>		
<p>_____</p> <p>Firma del Padre/Tutor/ Fecha</p>		

Recuento de la Medicación /Fecha	Firma del Contador	Firma del Testigo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Iniciales	Firma Igualada	Iniciales	Firma Igualada
Iniciales	Firma Igualada	Iniciales	Firma Igualada

# Registro de Administración de Medicación

Iniciales

Firma Igualada

Iniciales

Firma Igualada

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Medicación/Dosis \_\_\_\_\_

Fecha	Tiempo	Iniciales	Fecha	Tiempo	Iniciales	Fecha	Tiempo	Iniciales

## Registro de Destrucción de la Medicación

La medicación fue eliminado por el siguiente método: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha
Razón
Firma
Testigo