

SCHOOL YEAR MEDICATION RECORD  
2009—2010

**PARENT/GUARDIAN: Please complete this form and return to the school nurse.**  
(PADRE/TUTOR LEGAL: Por favor llene este formulario y devuélvalo a la enfermera escolar.)

**I request the school nurse, or other designated school official, administer to the student named below the following medication in compliance with the Protocol and Guidelines for Student Medications, Dietary Supplements and Medical Monitoring Devices for Paradise Valley Unified School District:**

(Solicito a la enfermera escolar, o cualquier otro miembro designado del personal escolar, que administre al estudiante mencionado a continuación, el medicamento siguiente, en cumplimiento del protocolo y las normas para la administración de medicamentos, suplementos dietéticos y aparatos de monitoreo médico, a los estudiantes del Distrito Escolar Unificado Paradise Valley:)

**Student Name (Nombre del Estudiante):** \_\_\_\_\_ **Grade (Grado):** \_\_\_\_\_

**Medication (Medicamento):** \_\_\_\_\_ **Dosage (Dosis):** \_\_\_\_\_

**Reason for Medication (Razón para tomar el medicamento):** \_\_\_\_\_

**Time (Hora):** \_\_\_\_\_ **Dates (Fechas): From (Desde)** \_\_\_\_\_ **To (Hasta)** \_\_\_\_\_

**Prescription medication is to be brought to the school in its original prescription container with a current dispensing pharmacy label affixed. The label shall indicate the student's name, prescription number, name of medication, dosage, and number of times a day to be administered. Non-prescription (over-the-counter) medication must also be brought to school in its original container. The date, time to be given, and amount to be given are entered above.**

(Un medicamento recetado debe traerse a la escuela en el frasco original de la farmacia, con la etiqueta actualizada indicando el nombre del estudiante, número de la receta, nombre del medicamento, dosis y las veces al día que se debe administrar. Si es un medicamento que no necesita receta (over-the-counter), debe estar en su frasco original. La fecha, hora de administración y cantidad a ser administrada, están indicadas arriba.)

**I understand that all medication must be kept in a locked cupboard in the school Health Office and that it is the student's responsibility to report to the Health Office for the administration of the medication at the prescribed time. I agree to, and do hereby hold the District and its employees harmless for any and all claims, demands, causes of action, liability or loss of any sort, because of, or arising out of, acts or omissions with respect to this medication. I authorize communication between the school nurse or other designated school officials and the child's physician regarding this medication.**

(Entiendo que todos los medicamentos se deberán guardar bajo llave en el Centro de Salud de la escuela y que es la responsabilidad del estudiante el reportarse al Centro de Salud para recibir su medicamento a la hora prescrita. Estoy de acuerdo en que el Distrito y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a, o como resultado de actos u omisiones con respecto a este medicamento. Autorizo la comunicación entre la enfermera escolar u otro miembro designado del personal de la escuela y el doctor del niño, en relación con este medicamento.)

**I further understand, according to the Arizona School Health Guidelines Manual for Registered Nurses, medication is to be brought to the school by the parent/guardian and checked in with the nurse; at the end of each school year, the parent/guardian must pick up any remaining stock of medication.**

(También entiendo que, de acuerdo a las Normas del Manual de Salud Escolar para Enfermeras Registradas de Arizona, los medicamentos se deben traer a la escuela por un padre/tutor legal y entregarlos a la enfermera; al final del año escolar, el padre/tutor legal deberá recoger cualquier medicamento sobrante.)

**I have read and understand the above conditions and am aware of the risks involved for my student to transport their medication to and from school during the school year.**  
(He leído y entiendo las condiciones arriba mencionadas y estoy al tanto de los peligros que tiene que mi hijo(a) lleve y traiga sus medicamentos a la escuela y a la casa durante el año escolar.)

**I give permission for my child to transport medication to and from school during the school year. In doing so, I agree to, and do hereby hold the District and its employees harmless for any and all claims, demands, causes of action, liability or loss of any sort, because of, or arising out of, acts or omissions with respect to the transport of this medication.**  
(Doy permiso a mi hijo para llevar y traer medicamentos a la escuela y a la casa durante el año escolar. Estoy de acuerdo en que el Distrito y sus empleados no serán responsables por reclamos, demandas, procesos de acción, obligaciones o pérdidas de ninguna clase debido a o como resultado de actos u omisiones con respecto al transporte de este medicamento.)

**Signature** \_\_\_\_\_  
(Firma)

**Date** \_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Print Name** \_\_\_\_\_  
(Nombre en Imprenta)

**School** \_\_\_\_\_  
(Escuela)

**Home Phone** \_\_\_\_\_  
(Teléfono casa)

**Work Phone** \_\_\_\_\_  
(Teléfono trabajo)

**Pager/Cell Phone** \_\_\_\_\_  
(Buscapersonas/Teléfono celular)