

EL DISTRITO ESCOLAR DE MONONA GROVE
PEDIDO EL ADMINISTRAR
LA MEDICINA DE RECETA

PHYSICIAN'S STATEMENT (we urge that all instructions be stated in language of the lay person)

I request that _____ receive the medication listed below for the
(child's name)

period of _____ to _____, _____ School Year.
(date) (date)

The medicine is to be furnished by the parent in the original container from the pharmacy which should include the child's name, physician's name, name of the drug, the dosage, the times of day to be given, and the name and number of the pharmacy.

Name of the drug _____

Dosage _____

Time of Day to be Given _____

(Medication for noon will be given BEFORE lunch unless otherwise specified)

As the child's physician I agree to accept direct communication from the persona dispensing or administering the medication.

The following are specific conditions under which I should be contacted regarding the condition or reaction of the child receiving the medication.

Physician's Signature: _____

Date _____

Telephone _____

Fax _____

AFIRMACIÓN DEL PADRE

Pido que mi hijo / hija _____ reciba esta medicina según las instrucciones del médico notadas arriba. Permiso que los personales de la escuela pónganse en contacto con el médico de mi hijo / hija. Afirmo que voy a presentar una forma nueva para medicina si hay algún cambio en las instrucciones arriba.

Más, afirmo que MGSD, y su personal no tengan la culpa legal por lo que pueda pasar por el administrar esta medicina.

Firma del padre / guardián _____

Fecha _____ Teléfono durante el día _____