

LEAKE COUNTY SCHOOLS

PARENT REQUEST FOR GIVING MEDICINE AT SCHOOL

Prescription Information should be completed by the Physician's office and signed by prescribing medical personnel.

Student Name: _____ Grade _____

I request the school to see that my child named above receive prescribed _____

_____ by Dr _____
(name[s] of medication[s])

Diagnosis _____

Dosage _____ Time _____

Beginning Date _____ End Date _____

**SHOULD A CHANGE IN ANY OF THE ABOVE INFORMATION OCCUR, A REVISED
WRITTEN PHYSICIANS STATEMENT MUST BE SUBMITTED.**

- Medication must be brought to school by a parent or guardian in the original container as dispensed by the pharmacist or physician. Students are not allowed to transport any medications.
- It is the student's responsibility to come to the nurse's office/school office for the medication unless he/she is physically unable to do so.

We, the parent/guardian, authorize the school to assist our child in taking oral medication(s), and we agree that we will not hold liable the school nurse, any member of the school staff, or any individual of official capacity who is directed by us (the parents) and the school administrator to assist our child in taking said oral medication.

Parent Name (printed)

Date

Parent Signature

Phone Number

Physician's Name (printed)

Date

Physician's Signature

Clinic Phone Number

April King RN
School Nurse, Samuel E Hoya Elementary
(601)253-2324

Susan Wilcher RN
School Nurse, Leake Central Elementary
(601)267-9148

Lynda K Pickett RN, BSN
School Nurse, Leake Middle & Leake High School
(601) 267-8909 (LMS) (601)267-7713 (LHS)

ESCUELA DEL CONDADO DE LEAKE

SOLICITUD PARA PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

La información de prescripción debe ser completada en la oficina del médico/a y firmada para autorizar el medicamento prescrito.

Nombre del estudiante: _____ Grado _____

Solicitó a la escuela que se asegure de que mi hijo/a escrito arriba, reciba la prescripción

_____ por el Dr. _____

(nombre[s] del medicamento[s])

Diagnóstico _____

Dosis _____ Hora _____

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

EN CASO DE QUE SE PRODUZCA ALGÚN CAMBIO EN LA INFORMACIÓN ANTERIOR, SE DEBERÁ PRESENTAR UN CERTIFICADO MÉDICO ACTUALIZADO.

- El medicamento debe ser traído a la escuela por un padre o tutor legal en su envase original, tal como lo dispensó el farmacéutico o el médico. Los estudiantes no pueden transportar ningún medicamento.
- Es responsabilidad del estudiante acudir a la enfermería o a la oficina de la escuela para recoger el medicamento, a menos que no pueda hacerlo por motivos de salud.

Nosotros, el padre/tutor legal. Autorizamos a la escuela a ayudar a nuestro hijo/a a tomar su(s) medicamento(s) oral(es), y aceptamos que no responsabilizamos a la enfermera escolar, a ningún miembro del personal escolar ni a ninguna persona con autoridad que, según nuestras instrucciones (las de los padres) y las del administrador escolar, ayude a nuestro hijo/a a tomar dicho medicamento.

Nombre del padre/madre (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del padre/madre

Número de teléfono

Nombre del médico (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del médico

Número de teléfono de la clínica

April King RN
School Nurse, Samuel E Hoyo Elementary
(601)253-2324

Susan Wilcher RN
School Nurse, Leake Central Elementary
(601)267-9148

Lynda K Pickett RN, BSN
School Nurse, Leake Middle & Leake High School
(601) 267-8909 (LMS) (601)267-7713 (LHS)