

Su Casa Preschool Medication Authorization Form



THIS FORM IS REQUIRED BEFORE ANY MEDICATION CAN BE ADMINISTERED TO ANY CHILD FOR ANY REASON. INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED.

Name of Child: _____ D.O.B.: _____ Today's Date: _____

Name of Medication: _____

Reason for Medication: _____

Dose: _____ Time/Frequency: _____

Route: Oral Topical Inhaled Injection Other

Date to Start: _____ Date to Stop: _____ Expiration: _____

Additional Instructions/Comments: _____

Known Side Effects: _____

For Prescription Medication

Prescribing Health Care Provider: _____

Phone Number: _____

For Controlled Substances

Amount of Medication Received: _____

Staff Member Signature #1: _____

Staff Member Signature #2: _____

I authorize Su Casa Preschool personnel to administer the medication named above to my child in the manner as stated. I release any liability in relation to the administration of this medication. I also acknowledge that I, the parent/guardian, have given the first dose of this medication without any allergic or unexpected reactions.

Parent/Guardian Printed Name: _____ Date Signed: _____

Parent/Guardian Signature: _____

For Office Use Only

Student ID#: _____ Date Received: _____

Return to Parent Date: _____ Parent Signature: _____

Disposal Date: _____ Staff Member Signature: _____

Witness to Disposal: _____

Formulario de Autorización de Medicamentos de Su Casa Preschool



SE REQUIERE ESTE FORMULARIO ANTES DE QUE SE PUEDA ADMINISTRAR CUALQUIER MEDICAMENTO A CUALQUIER NIÑO POR CUALQUIER MOTIVO. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre del medicamento: _____

Motivo de la medicación: _____

Dosis: _____ Hora/Frecuencia: _____

Vía: Oral Tópica Inhalada Inyectable Otra

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Caducidad: _____

Instrucciones/comentarios adicionales: _____

Efectos secundarios conocidos: _____

Para Medicamentos Recetados

Proveedor de atención médica que receta: _____

Número de teléfono: _____

Para Sustancias Controladas

Cantidad de medicamento recibido: _____

Firma del miembro del personal #1: _____

Firma del miembro del personal #2: _____

Autorizo al personal de Su Casa Preschool a administrar el medicamento mencionado anteriormente a mi hijo de la manera indicada. Libero cualquier responsabilidad en relación con la administración de este medicamento. También reconozco que yo, el padre/tutor, he administrado la primera dosis de este medicamento sin ninguna reacción alérgica o inesperada.

Nombre del padre en letra de imprenta: _____ Date Signed: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

For Office Use Only

Student ID#: _____ Date Received: _____

Return to Parent Date: _____ Parent Signature: _____

Disposal Date: _____ Staff Member Signature: _____

Witness to Disposal: _____