

AVON GROVE SCHOOL DISTRICT
PARENT/PHYSICIAN REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION
SOLICITUD DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DEL PADRE/MEDICO

STUDENT NAME _____ HR _____ GRADE _____
NOMBRE DEL ALUMNO _____ HR _____ GRADO _____

PARENT/GUARDIAN _____
PADRE/TUTOR _____

HEALTH CARE PROVIDER _____ PHONE _____
PRESTADOR DE ATENCION DE LA SALUD _____ TELEFONO _____

DIAGNOSIS OR CONDITION _____
DIAGNOSTICO O ENFERMEDAD _____

MEDICATION(S) _____ DOSAGE(S) _____
MEDICAMENTO(S) _____ DOSIS _____

TIME (S) _____ ROUTE(S) _____
HORARIO(S) _____ VIA DE ADMINISTRACION _____

DURATION OF THE ORDER _____
VIGENCIA DE ESTA ORDEN _____

SPECIAL INSTRUCTIONS _____
INSTRUCCIONES ESPECIALES _____

OTHER MEDICATIONS PRESCRIBED BY PHYSICIAN THAT STUDENT IS TAKING OUTSIDE OF
SCHOOL HOURS OTROS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL MEDICO QUE EL ALUMNO
ESTA TOMANDO FUERA DEL HORARIO ESCOLAR _____

IS STUDENT CAPABLE OF SELF ADMINISTRATION? _____
PUEDE EL ALUMNO ADMINISTRARSE LOS MEDICAMENTOS PERSONALMENTE? _____

ADDITIONAL PERTINENT INFORMATION _____
INFORMACION ADICIONAL PERTINENTE _____

HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE _____ DATE _____
A DEL PRESTADOR DE ATENCION DE LA SALUD _____ FECHA _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ DATE _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

SCHOOL NURSE SIGNATURE _____ DATE _____
FIRMA DEL ENFERMERO/A DE LA ESCUELA _____ FECHA _____