MIDDLETON-CROSS PLAINS AREA SCHOOL DISTRICT
NON-PRESCRIPTION/OVER-THE-COUNTER MEDICATION

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE MIDDLETON-CROSS PLAINS
MEDICAMENTOS SIN RECETA O COMPRADO SIN RECETA

STUDENT INFORMATION ***INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE***

Student Name:/ *Nombre del Estudiante:*	Date of Birth: / *Fecha de Nacimiento:*
Student Grade:/ *Grado del Estudiante:*	Student Address:/ *Dirección del estudiante:*
Parent/Guardian Name:/*Nombre del padre/tutor:*	Parent/Guardian Cell Phone:/*Teléfono celular de padres/tutores:*

NON-PRESCRIPTION MEDICATION ***MEDICAMENTOS SIN RECETA***

Non-prescription medication will only be administered in accordance with product instructions. If the student requires dosing different than the manufacturer's instructions, a practitioner order and signature is required.
Los medicamentos sin receta sólo se administrarán de acuerdo con las instrucciones del producto. Si el estudiante requiere una dosificación diferente a las instrucciones del fabricante, se requiere una orden y firma del médico.

Medication/*Medicamento*	Dose/ *Dosis*	Route/*Ruta*	Frequency/ *Frecuencia*	Start Date *Fecha de inicio*	End Date *Fecha de finalización*

Will your student be self-administering the medication/supplement? ( ) Yes ( ) No
¿Su estudiante se autoadministrará el medicamento/suplemento? ( ) Sí ( ) No
Will you give permission to school personnel to administer required medication to your student? ( ) Yes ( ) No
¿Dará permiso al personal de la escuela para que administre los medicamentos requeridos a su estudiante? ( ) Sí ( )No
Will your student be self-carrying the medication/supplement? ( ) Yes ( ) No
¿Su estudiante llevará con él mismo el medicamento/suplemento? ( ) Sí ( ) No

I agree to hold harmless the Middleton-Cross Plains Area School District, its employees and agents who are acting within the scope of their duties, in any and all claims arising from the administration of medication as described above during the trip. I hereby give permission to the school personnel to contact the practitioner as needed.

Acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Middleton-Cross Plains, sus empleados y agentes que actúan dentro del alcance de sus funciones, en cualquiera y todos los reclamos que surjan de la administración de medicamentos como se describe anteriormente durante el viaje. Por la presente doy permiso al personal de la escuela para que se comunique con el practicante según sea necesario.

I understand that for safety reasons, all medication (prescription or non-prescription) has to be in the original container.
Entiendo que, por razones de seguridad, todos los medicamentos (con o sin receta) deben estar en su envase original.

Parent/Guardian Signature:_____ Date:/*Fecha:*_____
Firma del padre/tutor:

School Nurse Signature:_____ Date/*Fecha*:_____
Firma de la enfermera de la escuela:

NON-PRESCRIPTION/OVER-THE-COUNTER MEDICATION

Non-prescription medication will only be administered from original packaging in accordance with product instructions with the written signature of the parent/guardian below. If the student requires dosing different than manufacturers instructions, a practitioner AND parent/guardian signature is required below.

MEDICAMENTOS SIN RECETA O COMPRADO SIN RECETA

Los medicamentos sin receta sólo se administrarán desde el empaque original de acuerdo con las instrucciones del producto con la firma escrita del padre/tutor a continuación. Si el estudiante requiere una dosificación diferente a las instrucciones del fabricante, se requiere la firma de un médico y del padre/tutor a continuación.

SELF-CARRY MEDICATION (High School Students Only)

High school students may self-carry prescription and non-prescription medication during the school day for as-needed use. Students cannot self-carry controlled substances at school. Sharing medications with other students is not allowed and subject to disciplinary action. Practitioner AND parent/guardian signature are required below to authorize self-carry of prescription medications. Parent/guardian signature is sufficient for self-carry of non-prescription medications. School staff do not accept any responsibility for administration or monitoring of student's self-carry medications.

MEDICAMENTOS PARA LLEVAR POR USTED (solo estudiantes de preparatoria /High School)

Los estudiantes de secundaria pueden llevar consigo medicamentos recetados y sin receta durante el día escolar para usarlos según sea necesario. Los estudiantes no pueden llevar sustancias controladas a la escuela. No se permite compartir medicamentos con otros estudiantes y está sujeto a medidas disciplinarias. Se requiere la firma del médico y del padre/tutor a continuación para autorizar el transporte de medicamentos recetados. La firma del padre/tutor es suficiente para llevar consigo medicamentos sin receta. El personal de la escuela no acepta ninguna responsabilidad por la administración o el control de los medicamentos que los estudiantes llevan consigo.