Grand Prairie Independent School District Health Services

MEDICATION FORM FOR SHORT TERM ADMINISTRATION 7-10 DAYS

Please ask your pharmacy to provide an empty labeled bottle for school administration of the medication. Place only the amount needed at school in the bottle.

For over-the-counter medication, please provide medication in the original unopened package. (Travel sizes is recommended)

NAME OF CHILD: _____

NAME OF MEDICATION: _____

DIAGNOSIS: _____

TIME MEDICINE IS TO BE ADMINISTERED: _____

DOSAGE TO BE GIVEN: _____

POSSIBLE SIDE EFFECTS: _____

LAST DATE MEDICINE IS TO BE GIVEN: _____

I give my permission for the above medication to be given to my child. I assume all responsibility for any side effects that may occur while my child is receiving this medication. **I understand the first dose must be given at home. First dose given – Date: _____ Time: _____ AM/PM**

SIGNATURE OF PARENT: _____DATE: _____

PRESCRIPTION BOTTLE INFORMATION:

PRESCRIPTION #: _____

DATE FILLED: _____

DOCTOR: PHARMACY: _____

RECORD OF ADMINISTRATION:		
DATE	**TIME**	**INITIALS**

According to GPISD guidelines, any unused medication that is not picked up by an adult will be destroyed.

Signature of Parent/ Guardian: _____ Date: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

Reviewed: 2025

FORMA PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO A CORTO PLAZO 7-10 DÍAS

Por favor, pida a su farmacia que le proporcione un envase etiquetado vacío para la administración del medicamento en la escuela. Coloque en el envase solo la cantidad necesaria para ser administrada mientras el estudiante está en la escuela.

Para los medicamentos que no requieren de una receta médica, proporcione el medicamento en el paquete original sin abrir. (Se recomienda el tamaño de viaje)

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DIAGNOSIS: _____

HORA EN QUE DEBE ADMINISTRARSE EL MEDICAMENTO: _____

DOSIS POR ADMINISTRAR: _____

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS: _____

ÚLTIMA FECHA ENQUE SE DEBE ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO: _____

Doy permiso para que el medicamento anteriormente mencionado se administre a mi hijo(a). Asumo toda responsabilidad de cualquier efecto secundario que pueda ocurrir mientras mi hijo(a) recibe el medicamento.
Entiendo que la primera dosis debe administrarse en casa. Primera dosis administrada– Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

FIRMA DEL PADRE: _____FECHA: _____

INFORMACIÓN DE LA PRESCIPCIÓN EN EL ENVASE:

DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA: _____

FECHA EN QUE SE SURTIÓ: _____

MÉDICO: _____

FARMACIA: _____

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN:		
FECHA	**HORA**	**INICIALES**

De acuerdo con las reglas de GPISD, cualquier medicamento sobrante que no sea recogido por un adulto será destruido.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Reviewed: 2025