

WOODLAND SCHOOL DISTRICT 50 (DISTRITO ESCOLAR WOODLAND 50)

PRIMARY

17366 Gages Lk. Rd.
Gages Lake, 60030
(847) 856-3623
Fax (847) 816-4511

ELEM. EAST

17261 Gages Lk. Rd.
Gages Lake, 60030
(847) 856-3651
Fax (847) 549-9806

ELEM. WEST

17371 Gages Lk. Rd.
Gages Lake, 60030
(847) 856-3641
Fax (847) 816-0708

INTERMEDIATE

1115 Hunt Club Rd.
Gurnee, 60031
(847) 596-5910
Fax (847) 855-9828

MIDDLE

7000 Washington St.
Gurnee, 60031
(847) 856-3406
Fax (847) 856-1306

AUTHORIZATION FOR NON-PRESCRIPTION MEDICATION
(AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO NO DE PRESCRIPCIÓN)
(ONLY ONE MEDICATION PER SHEET)
(SÓLO UN MEDICAMENTO POR CADA HOJA)

Woodland will administer non-prescription medication upon the request of a parent in those situations where the medication is required to maintain a student in school and must be given during school hours. Such medication will be administered up to five school days with completion of this form by the parent. Should the use of the medication exceed five days, physician's approval will be required using the prescription medication form.

Woodland administrará medicamentos no de prescripción a solicitud de un padre en las situaciones en las cuales el medicamento se necesite para mantener a un estudiante en la escuela, y deba suministrarse durante el horario escolar. Ese medicamento se administrará durante hasta cinco días escolares cuando el padre llene este formulario. Si el uso del medicamento excediera cinco días, se necesitará aprobación por parte de un médico por medio del formulario de medicamentos de prescripción.

Student name (Nombre del estudiante) _____ Birth date (Fecha de nacimiento) _____

Address (Dirección) _____

Home Phone (Teléfono en el hogar) _____

Work Phone (Teléfono en el trabajo) _____

Emergency Phone (Teléfono para emergencias) _____

School (Escuela) _____ Grade (Grado) _____

Teacher/Room (Maestro/salón de clases) _____

Diagnosis requiring medication (Diagnóstico que requiere medicación) _____

Name of medication (Nombre del medicamento) _____

Time to be given (Horas del día a las que debe administrarse) _____

Dosage & Route (Dosificación y vía de administración) _____

Frequency (Frecuencia) _____

Date to begin (Fecha en que debe iniciarse) _____

Discontinuation date (Fecha en que debe suspenderse) _____

Intended effect of this medication (Efecto deseado de este medicamento) _____

Expected side effects, if any (Efectos secundarios esperados, si es que hay alguno) _____

Other medications student is receiving (Otros medicamentos que el estudiante está recibiendo) _____

Parent/Guardian signature (Firma del padre/guardián)

Date (Fecha)