

FORT WORTH INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Health Services Department

Medication Administration Request Form

Student: _____ Date of Birth: _____

School Name: Daggett Montessori Grade: _____

Physician/Licensed Prescriber to complete: Medication

Allergies: _____

MEDICATION(S)	STRENGTH	DOSAGE	ROUTE	TIME(S)	COMMENTS

Physician/Licensed Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Physician/Licensed Prescriber's Printed Name: _____

Phone: _____ Fax: _____

Parent/Guardian to complete:

I hereby represent and attest that I am the parent or legal guardian of the above-named student. I hereby request that the medication(s) specified above be administered to the above named student beginning on the following date: _____ and ending on the following date: _____.

As long as a physician authorizes a refill of any prescription set forth above, this authorization shall apply to any such refills. On behalf of the above named student, myself, and our personal representatives, family members, heirs, assigns, and successors. I also agree and do hereby waive and release all claims for loss, damage, or injury against the Fort Worth Independent School District and any teacher, employee, volunteer, agent, or other person arising directly or indirectly out of any act or omission relating to the receipt, administration, or execution of this request. I give permission for the school nurse to consult with the above named student's physician/licensed prescriber regarding any questions that arise with regard to the listed medication(s) or medical condition(s) being treated by the medication(s).

Parent/Legal Guardian's Signature: _____ Date: _____

Parent/Legal Guardian's Printed Name: _____

Telephone: Home _____ Cell _____ Work _____

CONFIDENTIAL PROTECTED HEALTH INFORMATION: This document contains or requests "protected health information" within the meaning of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"). Federal and Texas law and District policy prohibit, and require utilization of appropriate safeguards against, wrongful use, access or disclosure of protected health information, other than as allowed by applicable Federal and state law and District Policy. Wrongful access, use, or disclosure of this information may expose violators to civil and criminal liability under Federal and/or State law, discipline by the District, or both.

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH

Departamento de Servicios de Salud

Formulario para solicitar la administración de medicinas

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: Daggett Montessori Grado escolar: _____

Esta hoja la debe de llenar el medico/persona con licencia para recetar:

Medication Allergies: _____

MEDICATION(S)	STRENGTH	DOSAGE	ROUTE	TIME(S)	COMMENTS

Physician/Licensed Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Physician/Licensed Prescriber's Printed Name: _____

Phone: _____ Fax: _____

Para llenarse por el padre/guardián:

Por medio de la presente represent y atestiguo que yo soy el padre o guardián legal del estudiante arriba mencionado. Por medio de la presente solicito que la(s) medicina(s) especificada(s) arriba se administre(n) al estudiante arriba mencionado comenzando a partir del día: _____ y terminando en la siguiente fecha: _____.

Esta autorización seguirá en efecto mientras que el médico sign autorizando la prescripción de la medicina. En nombre del estudiante arriba mencionado, yo mismo(a) y nuestros representantes personales, familia, herederos, asignados y sucesores, también estamos de acuerdo y liberamos de responsabilidad y reclamos por pérdida, daño o lesiones al Distrito Escolar Independiente de Fort Worth y a cualquier maestro, empleado, voluntario, agente u otra persona por lo que surja directa o indirectamente de cualquier acto u omisión relacionado a la administración o ejecución de esta petición. Yo otorgo a la enfermera escolar permiso de consultar con el médico/persona con licencia para recetar, del estudiante arriba mencionado, respecto a cualquier pregunta que surja relacionada a los medicamentos arriba mencionados o condiciones médicas que son tratadas con estas medicinas.

Firms del padre/guardián legal: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/guardián legal: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL Y PROTEGIDA: Este documento contiene o solicita "información de salud protegida" que se encuentra dentro del Acta de 1996 "Portabilidad y responsabilidad del seguro de salud" ("HIPAA"). La ley federal y estatal de Texas y las políticas del Distrito prohíben y requieren el uso de garantías en contra del uso incorrecto, acceso o divulgación incorrecta de la información de salud protegida, pueda exponer a los violadores a responsabilidad civil y criminal de acuerdo a las leyes estatales y federales, a ser disciplinado por el Distrito, o a ambos.

Form 738 R 7/14 HS