

Metropolitan School District of Pike Township

Written Permission Medical Statement

<input type="checkbox"/> CES 6801 Zionsville Rd Indianapolis, IN 46268 317-298-2778	<input type="checkbox"/> CPES 2811 Barnard St. Indianapolis, IN 46268 317-298-2788	<input type="checkbox"/> DRES 5401 N. High School Rd. Indianapolis, IN 46254 317-299-1266	<input type="checkbox"/> ECES 6905 W. 46 th St. Indianapolis, IN 46254 317-291-1311
<input type="checkbox"/> EES 7839 New Augusta Rd. Indianapolis, IN 46268 317-387-4325	<input type="checkbox"/> FCPA 8301 W. 86 th St. Indianapolis, IN 46268 317-347-8470	<input type="checkbox"/> GCES 4301 W. 52 nd St. Indianapolis, IN 46254 317-298-2780	<input type="checkbox"/> NAS 6250 Rodebaugh Rd. Indianapolis, IN 46268 317-387-4325
<input type="checkbox"/> SCES 5455 W. 56 th St. Indianapolis, IN 46254 317-295-7200	<input type="checkbox"/> GCMS 4401 W. 52 nd St. Indianapolis, IN 46254 317-293-4549	<input type="checkbox"/> LMS 5353 W. 71 st St. Indianapolis, IN 46268 317-291-9499	<input type="checkbox"/> NAN 6450 Rodebaugh Rd. Indianapolis, IN 46268 317-387-4328

In accordance with the State of Indiana, all prescription and non-prescription medications must be administered to students in the health center by designated school employees. In order for medication to be given to your child, your written permission must be given to the school when the medicine is handed to or sent to the school. We recommend that you send to the school only the amount of medicine to be given during school hours for the total number of days the medicine is to be given.

The following permission slip has been devised as a way to help you and the school comply with this State requirement. All blanks must be answered and form must be signed and dated to be valid. This form must be completed for every medication sent to the school with your child. You may get additional forms from your child's school office.

Child's Name: _____

Medication Name: _____

Dosage: _____

Times medication to be given: _____

Length of time medication will be given: _____

Is this a prescription medication? Please Circle: Yes No

A. If yes, the medicine should be in the original prescription bottle and be accompanied by written instructions from the physician.

B. If the medication is non-prescription, please indicate the reason the medication should be given. (eg. Headache, runny nose, etc.)

To the best of my knowledge, the above information is correct. I, hereby, give _____
(School's Name)
permission to give my child the above medication and return home any unused portion of the medication.

Parent Signature: _____ **Date:** _____

Physician Signature: _____ **Date:** _____

Distrito Escolar Metropolitano de Pike Township Permiso Escrito Declaración Médica

CES

6801 Zionsville Rd
Indianapolis, IN 46268
317-298-2778

CPES

2811 Barnard St.
Indianapolis, IN 46268
317-298-2788

DRES

5401 N. High School Rd.
Indianapolis, IN 46254
317-299-1266

ECES

6905 W. 46th St.
Indianapolis, IN 46254
317-291-1311

EES

7839 New Augusta Rd.
Indianapolis, IN 46268
317-387-4325

FCPA

8301 W. 86th St.
Indianapolis, IN 46268
317-347-8470

GCS

4301 W. 52nd St.
Indianapolis, IN 46254
317-298-2780

NAS

6250 Rodebaugh Rd.
Indianapolis, IN 46268
317-387-4325

SCES

5455 W. 56th St.
Indianapolis, IN 46254
317-295-7200

GCMS

4401 W. 52nd St.
Indianapolis, IN 46254
317-293-4549

LMS

5353 W. 71st St.
Indianapolis, IN 46268
317-291-9499

NAN

6450 Rodebaugh Rd.
Indianapolis, IN 46268
317-387-4328

De acuerdo con el estado de Indiana, todas las medicinas con o sin prescripción deben de ser administradas a los estudiantes en la clínica escolar por empleados escolares designados. Para que la medicina sea administrada a su hijo/a, usted deberá firmar un permiso escrito a la escuela cuando se deja o envía la medicina a la escuela. Nosotros recomendamos que usted traiga a la escuela solo la cantidad de medicina que se administrará durante las horas escolares por el número de días que la medicina será administrada.

El siguiente permiso ha sido ideado para ayudarle a usted y a la escuela a cumplir con esta exigencia Estatal. Para que la forma sea válida se deben contestar todos los espacios en blanco, firmar y escribir la fecha. Este permiso se debe completar cada vez que usted envíe a su escuela medicina para que sea suministrada a su niño. Si usted necesita formas de permiso adicionales, la oficina de la escuela se las puede proporcionar.

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Medicamento: _____

Dosis requerida: _____

Horario en que la medicina debe de ser suministrada: _____

¿Es ésta una medicina prescrita por el médico?: **Por favor circule** **SÍ** **NO**

- A. Si la respuesta es sí, la medicina debe estar en el envase de la prescripción original y debe venir acompañada por las instrucciones escritas del médico.
- B. Si la medicina no es prescrita por un médico, por favor indique las razones por las cuales se debe de administrar la medicina (dolor de cabezas, gripe, etc).

Por medio de la presente declaro que toda la información dada es correcta. Yo le doy permiso a la escuela _____ para suministrar a mi hijo/a la medicina descrita arriba

(School's Name)

y devolver cualquier porción de la medicina que no se utilice.

Firma del Padre/Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Firma de médico: _____ **Fecha:** _____