

MILTON AREA SCHOOL DISTRICT  
700 MAHONING STREET  
MILTON, PA 17847  
Fax 717-3044

Form A

**AUTHORIZATION FOR MEDICATION DURING SCHOOL HOURS**

\_\_\_\_\_ should receive the following prescribed Grade \_\_\_\_\_  
(Student's Full Name)

medication during school hours:

Name of Medication \_\_\_\_\_

Prescribed Dosage \_\_\_\_\_

Time Schedule \_\_\_\_\_

Special Instructions \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Physician prescribing prescription*

\_\_\_\_\_  
Physician's Address

Form B

Please check:

\_\_\_\_\_ My child has permission to administer the medication to himself/herself.

\_\_\_\_\_ Please administer the medication to my child.

I do hereby release, discharge, and hold harmless the Milton Area School District, its agents and employees, from any and all liability and claim whatsoever for the administration of the above medication to my child.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Telephone

\_\_\_\_\_  
Address

All medication should be brought to school in a container appropriately labeled by the pharmacy or physician

EL DISTRICTO DE AREA DE MILTON  
CALLE DE 700 MAHONING  
MILTON, PA 17847

AUTORIZACION PARA LA MEDICACION DURANTE HORAS DE LA ESCUELA

\_\_\_\_\_ debe recibir la medicación prescrita siguiente  
(Nombre completo del estudiante)

durante horas de la escuela.

Nombre de la medicación \_\_\_\_\_

receta de la dosificación \_\_\_\_\_

el horario de tiempo \_\_\_\_\_

las instrucciones especiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

de la diagnosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma de la receta que prescribe del medico*

\_\_\_\_\_  
Dirección del medico

-----  
Por favor cheque:

\_\_\_\_\_ mi niño tiene permiso de administrar la medicación a el/a ella mism/a.

\_\_\_\_\_ administra por favor la medicación a mi niño.

Lanzo, descargo, y llevo a cabo por este medio inofensivo el distrito de Milton Enseñe al distrito, a sus agentes y a empleados, de cualesquiera y de toda la responsabilidad y demande cualesquiera para la administración de la medicación antedicha a mi niño.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o del custodio

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

Toda la medicación se debe traer a la escuela en un envase etiquetado apropiadamente por la farmacia o el médico y dado a la enfermera de la escuela para el almacenaje apropiado.