

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
MEDICAL RELEASE FORM

Lanier Middle School

School Name

Name: _____

Address: _____

Please include area code

Home Phone No.: _____ Alternative Phone No.: _____

Parent's Cellular No.: _____ Parent's Cellular No.: _____

Parent's Work No.: _____ Parent's Work No.: _____

I _____ release my daughter/son guardianship rights for the following date(s) _____

District employees can only administer medication that has been prescribed by a doctor. District policy requires:

- Written physician and parent consent on file for each medication to be given
- All prescribed medication must be in the original container in which the prescription label is affixed.
- Students with asthma, life-threatening food allergies and diabetes may self-carry emergency medications with required consents
- All other prescribed medications must be administered by an authorized district employee.
- If school personnel already administer medication in accordance with this policy, then no further action is required.

A physician and parent consent has been provided for the following prescribed medications:

1. _____ (name of medication)	Dosage _____ (amount given)	Taken at _____ (time)
2. _____ (name of medication)	Dosage _____ (amount given)	Taken at _____ (time)
3. _____ (name of medication)	Dosage _____ (amount given)	Taken at _____ (time)

My daughter/son has her/his hospital or medical card: _____ yes _____ no

In case of an Emergency please call _____ at _____
(if parent can not be reached) (include area code)

In order to ensure a safe and enjoyable trip, please list any health conditions that your child may have.

My signature below gives you permission to take my daughter/son to a hospital or medical facility, gives my permission for my child to receive medical treatment and gives my permission for the above medication to be administrated to my child.

Parent Printed Name <i>Aleta Cole</i>	Parent Signature <i>Aleta Cole</i>	Date <i>10/11/22</i>
Sponsor Printed Name <i>MARCUS W. H. H. W.</i>	Sponsor Signature <i>[Signature]</i>	Date <i>10/13/22</i>
Principal Printed Name	Principal Signature	Date

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Lanier Middle School
Escuela

Nombre: _____

Dirección: _____

Incluya el prefijo local

Teléfono de casa: _____ Teléfono alternativo: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Yo, _____ cedo la tutela de mi hijo(a) para la siguiente fecha(s) _____. Mi hijo(a) toma los siguientes medicamentos y se le deben administrar en este viaje siguiendo las indicaciones:

- | | | |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1. _____
(medicamento) | Dosis _____
(cantidad) | A las _____
(hora) |
| 2. _____
(medicamento) | Dosis _____
(cantidad) | A las _____
(hora) |
| 3. _____
(medicamento) | Dosis _____
(cantidad) | A las _____
(hora) |

Mi hijo(a) tiene su tarjeta médica: _____ sí _____ no

En caso de emergencia por favor llame _____ al _____
a _____
(si no se puede comunicar con los padres) _____ (Incluya el prefijo local)

Para que el viaje sea agradable y seguro, por favor incluya cualquier condición médica de su hijo(a).

Mi firma autoriza llevar a mi hijo(a) a un hospital o centro médico y recibir atención médica y que se le administren los medicamentos listados arriba.

Nombre del padre o madre (anote)	Firma del padre o madre	Fecha
<u>Aleta Cole</u> Nombre del organizador	<u>Aleta Cole</u> Firma del organizador	<u>10/11/22</u> Fecha
<u>MARCOS WILLIAMS</u> Nombre del director	<u>[Signature]</u> Firma del director	<u>10/13/22</u> Fecha