

DOÑA ANA COUNTY HEAD START

1304.22 (c)

PARENT/GUARDIAN WRITTEN CONSENT FOR MEDICATION  
ADMINISTRATION (2)  
(Prescribed)



Name of Child: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Center: \_\_\_\_\_ AM: \_\_\_\_\_ PM: \_\_\_\_\_ Full Day: \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_  
(Please Print)

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Home) (Work)

My child is currently receiving the following medications: Please list all medicines the child is receiving, including those given at the center.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

My child is known to have the following allergies: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

CONSENT

I hereby give permission for the Head Start staff to give the following medicine

\_\_\_\_\_ prescribed by \_\_\_\_\_ to

(Name of Medicine)

(Name of Physician)

\_\_\_\_\_.

(Name of child)

I give permission to the Head Start staff to share with appropriate staff member's information relative to the prescribed medicine administration, e.g., adverse side effects, as she/he determines necessary for my child's health and safety.

YES \_\_\_ NO \_\_\_ Restrictions on release \_\_\_\_\_

(Please note: I understand that I may retrieve the medicine from the center at any time and that the medicine will be destroyed if it is not picked up within one week following termination of the medication)

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_

DATE OF SIGNATURE \_\_\_\_\_

ENTERED INTO CHILDPUS  
BY: \_\_\_\_\_  
DATE: \_\_\_\_\_

HEAD START DEL CONDADO DE DOÑA ANA

1304.22 (c)

CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA PADRES/GUARDIANES PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (2) (Con receta)



Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
Centro: \_\_\_\_\_ AM: \_\_\_\_\_ PM: \_\_\_\_\_ Todo el día: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_
(Por favor imprima)

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
(casa) (trabajo)

Mi hijo/a esta recibiendo actualmente los siguientes medicamentos: Por favor liste todas las medicinas que esta recibiendo, incluyendo las que le dan en el centro.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Es conocido que mi hijo/a tiene las siguientes alergias: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

CONSENTIMIENTO

Por este medio yo doy permiso al personal del Head Start darle los siguientes medicamentos \_\_\_\_\_ recetadas por
(nombre de medicina)

\_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
(nombre de medico) (nombre de niño/a)

Yo doy permiso al personal de Head Start de compartir información relatada con la administración de medicamentos recetados a mi hijo/a con otros/as miembros del personal, (ejemplos: efectos adversos al determinar la salud y seguridad necesaria para mi hijo/a.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Restricción en publicar \_\_\_\_\_

(Por favor note: Yo entiendo que puedo recuperar el medicamento del centro a cualquier hora y que la medicina será destruida si no es recogida en una semana siguiendo la terminación de medicamento)

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN \_\_\_\_\_

FECHA DE FIRMA \_\_\_\_\_

ENTERED INTO CHILDPUS
BY: \_\_\_\_\_
DATE: \_\_\_\_\_