

**Mary Queen of the Holy Rosary School**  
**605 Hill N Dale Rd**  
**Lexington, KY 40503**  
**2017-18**

**AUTHORIZATION FOR DISPENSING MEDICATION**

If your child will need any type of over the counter medication, it must be sent to school in the original packaging with a completed Authorization to Dispense Medication Form. All medication must be checked in at the office and dispensed from the office. If a child has to take any medication in the school prescribed by a doctor, that medication must be sent to school in the container received from the pharmacy and must have on its label the following: Child's name, Name of Doctor, Frequency, Dose, Date.

I, \_\_\_\_\_, authorize the school personnel and/or school health volunteers at Mary Queen School to dispense the medication(s) listed below to my child, \_\_\_\_\_, according to the specifications on the medication or the specific directions outlined below.

Medication \_\_\_\_\_  
Reason for Medication \_\_\_\_\_  
Date to Discontinue Use (if applicable) \_\_\_\_\_  
Dosage \_\_\_\_\_ Time of Day (if applicable) \_\_\_\_\_  
Taken with Food/Beverage? \_\_\_\_\_ If Yes, Please Specify \_\_\_\_\_  
Reactions or Side Effects of Medication \_\_\_\_\_

Medication \_\_\_\_\_  
Reason for Medication \_\_\_\_\_  
Date to Discontinue Use (if applicable) \_\_\_\_\_  
Dosage \_\_\_\_\_ Time of Day (if applicable) \_\_\_\_\_  
Taken with Food/Beverage? \_\_\_\_\_ If Yes, Please Specify \_\_\_\_\_  
Reactions or Side Effects of Medication \_\_\_\_\_

Medication \_\_\_\_\_  
Reason for Medication \_\_\_\_\_  
Date to Discontinue Use (if applicable) \_\_\_\_\_  
Dosage \_\_\_\_\_ Time of Day (if applicable) \_\_\_\_\_  
Taken with Food/Beverage? \_\_\_\_\_ If Yes, Please Specify \_\_\_\_\_  
Reactions or Side Effects of Medication \_\_\_\_\_

Signing this form shall release the Diocese of Lexington school system, Mary Queen staff and/or volunteers from any liability as a result of your child taking the listed medication.

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Please return this form to Mrs. Pedroche in the school office.

**Mary Queen of the Holy Rosary School**  
**605 Hill N Dale Rd**  
**Lexington, KY 40503**  
**2017-18**

**AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICINAS**

Si su niño va a necesitar algún tipo de medicamento de venta libre, debe ser enviado a la escuela en su envase original con este formulario completado. Debe entregar todos los medicamentos a la oficina y se dispensarán de la oficina. Si un niño tiene que tomar alguna medicación en la escuela, por prescripción médica, debe enviar la medicación a la escuela en el envase recibido de la farmacia y debe tener en su etiqueta la siguiente: Nombre del niño, nombre del médico, la frecuencia, la dosis, y la fecha.

Yo \_\_\_\_\_, autorizo al personal del Colegio y/o a los voluntarios en salud de Mary Queen School para que le suministren a mi hijo, \_\_\_\_\_ las siguientes medicinas de acuerdo con las especificaciones establecidas en él o según se indique a continuación:

Medicina \_\_\_\_\_  
Razones por las que toma esta medicina \_\_\_\_\_  
Fecha en la que debe suspenderse el suministro de esta medicina (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_ Horario (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
¿Debe tomarse con comida/bebida? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique, \_\_\_\_\_  
Reacciones o efectos colaterales que produce esta medicina \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_  
Razones por las que toma esta medicina \_\_\_\_\_  
Fecha en la que debe suspenderse el suministro de esta medicina (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_ Horario (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
¿Debe tomarse con comida/bebida? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique, \_\_\_\_\_  
Reacciones o efectos colaterales que produce esta medicina \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_  
Razones por las que toma esta medicina \_\_\_\_\_  
Fecha en la que debe suspenderse el suministro de esta medicina (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_ Horario (si fuese necesario) \_\_\_\_\_  
¿Debe tomarse con comida/bebida? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique, \_\_\_\_\_  
Reacciones o efectos colaterales que produce esta medicina \_\_\_\_\_

La firma de este documento exonera al sistema escolar de la Diócesis de Lexington, al personal de Mary Queen o, a las personas que actúen como voluntarios de toda responsabilidad como resultado del consumo por parte de su hijo de algunas de las medicinas mencionadas.

Nombre del Padre/Madre/Persona autorizada \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, devuelva este documento en la oficina de la escuela a la señora Pedroche.