



**Casa Esperanza Montessori**  
a dual-language charter school and preschool community

**Medication Administration Request Form**

Child's name: \_\_\_\_\_ Age/edad: \_\_\_\_\_

I request that my child be administered the medication/sunscreen as indicated below. I understand that non-medical personnel conduct the administration. I understand that it is my responsibility to provide the medication to the school. I will immediately notify the school of any changes in my child's medication schedule which would impact this administration.

Solicito que a mi hijo/a se le administre el medicamento/protector solar como está indicado abajo. Entiendo que la persona que va a administrar la medicina no es un personal medico. Entiendo que es mi responsabilidad proveer la medicina a la escuela. Notificaré inmediatamente a la escuela si hay algún cambio en el horario de esta medicina.

My child Mi hijo/a: \_\_\_\_\_ should receive/mi hijo/a deberá recibir: \_\_\_\_\_

Name of medication/nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Dosage/dosis \_\_\_\_\_  
Hours to be given/horario para administrar: \_\_\_\_\_

Method of administration/método de administración: \_\_\_\_\_

Who may administer the medication? /persona quien podría administrar el medicamento?  
Any staff member/algún miembro de la escuela: \_\_\_\_\_  
Other /otro: \_\_\_\_\_

-----  
Side effects to watch for/efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature/firma del padre/guardian: \_\_\_\_\_

Telephone/cell/teléfono: \_\_\_\_\_ Today's date/fecha: \_\_\_\_\_

Approved by/aprovado por: \_\_\_\_\_  
Signature of Principal/ firma del director