



Medication Authorization for Students

Student's Name: _____ Birth Date: _____

School Year: _____ Grade: _____

In order to keep this student in optimum health and to help maintain maximum school performance and sustain attendance, it is necessary that medication be given during school hours.

Name of Medication: _____

***Only one medication on each med auth form.**

Circle One: Tablet Capsule Liquid Inhaler Nebulizer* Patch Drops Injection* Rectal* Other: _____

*Please indicate physical condition for which specialized physical health care (nursing type) procedure is to be provided:

Dosage (amount to be given) _____

Time/Frequency: _____ A.M. _____ P.M. or As Needed every _____

Reason for Medication: _____

Side Effects (expected or predicable): _____

Termination Date: _____ (All medication orders expire at the end of the school year unless otherwise stated.)

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's Name Printed: _____ Telephone #: _____

AUTORIZACION DE LOS PADRES: Por favor firme la autorización que se aplica a su hijo/a.

Autorización del padre para que el medicamento sea administrado por la enfermera /personal escolar:

- Por la presente, doy autorización para que mi hijo (nombrado arriba) reciba medicamento durante el horario escolar.
- Este medicamento ha sido recetado por un proveedor de salud licenciado. Por la presente libero a la Junta escolar, sus agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad partir que pueda resultar a partir de que mi hijo/a tome el medicamento recetado. Este consentimiento es bueno por el año escolar, a menos que sea revocado. Proporcionaré todos los medicamentos para uso en la escuela en un recipiente debidamente etiquetado por el farmacéutico con información de identificación, (nombre del niño, medicamentos dispensados, dosis prescrita y la hora que debe de ser dado o tomado).

Firma del Padre/ Tutor: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

O

Autorización del Padre para que su hijo/a se AUTO ADMINISTRE el medicamento (K-5 consulte con la enfermera de la escuela):

- Estoy de acuerdo con la autorización del medicamento como esta escrito por el doctor mencionado arriba.
- Por la presente solicito que mi hijo pueda llevar y auto- administrarse el medicamento en la escuela, como ha sido recetado por el proveedor de salud licenciado de mi hijo. Entiendo que mi hijo debe llevar este medicamento en todo momento en la escuela o el /ella perderá el derecho de llevarlo. Entiendo que la escuela no asume ninguna responsabilidad por la adminitración del medicamento. Por la presente, libero a la Junta Escolar, a sus agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad que pueda resultar a partir de que mi hijo tome este medicamento. Mi hijo tiene conocimiento de este medicamento y sabe como auto-administrarselo.
- Estoy de acuerdo en asegurar que el medicamento tenga la etiqueta de la farmacia con el nombre de mi hijo/a.

Firma del Padre/ Tutor: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Reviewed by School Nurse: _____ Date: _____

Student's Name: _____ **Grade:** _____

Student Contract for Self-Administered Medication

Student Responsibilities:

- I plan to keep my inhaler, equipment, Epi-pen or other medication with me at school rather than in the school nurse's office.
- I agree to use my inhaler, equipment, Epi-pen or other medication in a responsible manner, in accordance with my licensed health care provider's orders.
- I will notify the school health office or main office if I am having more difficulty than usual with my health condition.
- I will not allow any other person to use my inhaler, equipment, Epi-pen or other medication.
- I will carry the least amount of medication possible in its original container.

Student's Signature: _____ **Date:** _____

School Nurses Responsibilities:

- Emergency Action Plan complete and on file at school
- Demonstrates correct use/administration
- Recognizes proper and prescribed timing for medication
- Agrees to carry medication or keep in an established location
- Knows health condition well
- Keeps a second labeled container in the health room
- Will not share medication or equipment with others.

Comments:

School Nurse Signature: _____ **Date:** _____

Política para medicamentos sin receta médica

Auto-administrado por el estudiante:

Cuando un estudiante se auto-administra un medicamento no recetado(OTC) sin el apoyo del personal escolar, la medicina (droga) debe enviarse en su envase original con solo 1 o 2 dosis con una autorización escrita firmada por el padre y adjunto al recipiente. La autorización debe incluir también la fecha, la hora y la cantidad de medicamento para ser auto-administrado por el estudiante.