

SCHOOL MEDICATION PRESCRIBER/PARENT AUTHORIZATION

STUDENT INFORMATION

Student's Name _____ Date of Birth _____

School _____ Grade _____ Teacher _____ School Year _____

List any known drug allergies/reactions _____ Height (inches) _____ Weight (lbs) _____

PRESCRIBER AUTHORIZATION

Name of Medication _____ Reason for Taking _____

Dosage _____ Route _____ Frequency/Time(s) to be given _____

Begin Medication _____ Stop Medication _____
Date Date

Special Instructions:

Does medication require refrigeration? Yes ☐ No ☐Is the medication a controlled substance? Yes ☐ No ☐Is self-medication permitted and recommended for this student? Yes ☐ No ☐If yes, do you recommend this medication be kept "on person" by the student? Yes ☐ No ☐

Potential Side Effects/Contradictions/Adverse Reactions _____

Treatment Order in the event of an adverse reaction: _____
(Attach additional sheet or use the back of this form if necessary)

I hereby affirm that this student has been instructed in the proper self-administration of the prescribed medication (s).

Signature of Prescriber (please print) _____ Date _____ Phone _____ Fax _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE

Autorizo a la enfermera escolar, a la enfermera registrada (RN) o a la enfermera práctica con licencia (LPN) a delegar al personal escolar sin licencia la tarea de ayudar a mi hijo a tomar el medicamento anteriormente mencionado. Entiendo que se necesitarán declaraciones adicionales firmadas del padre/del que receta si la dosis del medicamento cambia. También autorizo a la enfermera escolar a hablar con el que receta o con el farmacéutico si surge alguna pregunta sobre el medicamento.

El medicamento debe registrarse con el director, con la persona que él designe, o con la enfermera de la escuela. Debe estar en el recipiente original, todavía cerrado y sellado, y debe estar etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del que receta, el nombre del medicamento, la dosis, la potencia, los intervalos, el modo de administración y la fecha de caducación del medicamento, cuando corresponda.

Firma del padre _____ Fecha _____ Teléfono _____ Celular _____

AUTORIZACIÓN PARA AUTOADMINISTRARSE MEDICAMENTOS

Autorizo y recomiendo que mi hijo(a) se autoadministre el medicamento anteriormente mencionado. También afirmo que se le han dado instrucciones sobre la manera apropiada de autoadministrarse el medicamento que le recetó el médico que lo(la) atendió. Indemnizaré y no haré responsables a la escuela, a los agentes de la escuela y a la junta educativa local por cualquier reclamación que pueda surgir relacionada con el hecho de que mi hijo/a se autoadministre el(los) medicamento(s) recetado(s).

Firma del padre _____ Fecha _____ Teléfono _____ Celular _____