

ADMINISTRATION OF MEDICATION
2016-2017

School policy requires consent of the parent/legal guardian and written statement from the licensed prescriber before school personnel can give any **prescribed OR over-the-counter** medication to a student. Please complete this form and return to the school office.

Name of Student _____ DOB _____ Grade _____ Homeroom _____

Address _____ Telephone _____

Allergies _____

Condition for which medication is administered _____

Name of medication, dose and route _____

Time or indication for administration _____

Possible side effects to be noted/reported _____

Special Instructions _____

Effective Date _____ Expiration date of this request _____

To be completed by LICENSED PRESCRIBER for PRESCRIPTION MEDICATION ONLY

In accordance with ORC 3313.713/ 3313.716 The Licensed Prescriber must provide the information regarding administration of medication (above) and other information below before a student is allowed to receive medication at school or possess and self-administer an asthma inhaler.

For ASTHMA INHALERS, AND INSULIN PUMPS – In my opinion, this student shows the ability to administer and be responsible for carrying and self-administering the above medication. YES _____ (initials) NO _____ (initials)

The following section is REQUIRED for ASTHMA INHALERS that a student is carrying and self-administering, and is OPTIONAL for other medications:

- Instructions to follow in the event medication does not produce expected relief _____
- Please list possible side effects for a **student for which the medication is not prescribed** should he/she receive a dose: _____

Licensed Prescriber Signature

Print Name

____/____/____
Date

Phone Number

To be completed by PARENT/GUARDIAN for ALL Medication (Prescription AND Non-Prescription)

I give permission for the principal or his/her designee to administer the medication as prescribed above to my child, and further agree to the following:

1. Submit to school personnel a revised statement, signed by the licensed prescriber of the above, when any change in the original statement occurs.
2. Submit to school personnel a written statement when medication has been discontinued.
3. Grant permission for the school nurse to confer with the above licensed prescriber regarding my child's health and treatment issues as they pertain to the above medication/diagnosis and his/her educational and behavioral management needs.
4. Cooperate with school personnel in assisting my child to comply with medication administration instructions.
5. All medications must come to school in the original container from the pharmacist.

For INHALERS, AND INSULIN PUMPS: It is my opinion that my child understands the use of this medication, demonstrates proper administration and has shown responsible behavior when it comes to carrying this medication. ____ Yes ____ No ____ Initials

Parent/Guardian Signature

____/____/____
Date

Daytime Phone Number

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
2016-2017

La política de la escuela requiere el consentimiento de los padres o del representante legal y una declaración escrita del médico autorizado, antes de que el personal de la escuela pueda dar cualquier medicamento prescrito o sin prescripción a un estudiante. Por favor complete esta forma y retórnela a la oficina.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac _____ Grado _____ N° de salón _____
Dirección _____ Teléfono _____
Alergias _____

Para ser llenado por el MEDICO AUTORIZADO

De acuerdo con ORC 3313.713/ 3313.716 el médico autorizado debe proveer la siguiente información antes de que un estudiante sea autorizado de recibir medicamentos en la escuela o poseer y auto-administrarse un inhalador para el asma

Condición para la cual se suministra la medicación _____
Nombre del medicamento, dosis y vía de administración _____
Hora o indicaciones para el suministro _____
Posibles efectos colaterales a ser notados/reportados _____
Instrucciones Especiales _____
Fecha de Vigencia _____ Fecha de Finalización _____

INHALADORES PARA EL ASMA Y BOMBAS DE INSULINA - En mi opinión, este estudiante muestra la capacidad de auto-administrarse y llevar consigo la medicación anterior. SÍ _____ NO _____

La siguiente sección es REQUERIDA para INHALADORES ASMATICOS que están en poder del estudiante y son administrados por ellos mismos. Esta sección es OPCIONAL para otros medicamentos

- Instrucciones a seguir en caso de que el medicamento no produzca el alivio deseado _____
- Por favor liste los posibles efectos colaterales para un **estudiante que no tiene una medicación pre-escrita**, como él/ella debería de recibir la dosis: _____

Firma del Médico Autorizado

Nombre Impreso

_____/_____/_____
Fecha Número de Teléfono

Para ser completado por el PADRE/REPRESENTANTE LEGAL

Doy permiso para que el director o su designado administren la medicación pre-escrita arriba a mi hijo y además estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Presentar al personal de la escuela una declaración revisada y firmada por el prescriptor autorizado arriba, cuando cualquier cambio en la declaración original ocurra.
2. Presentar al personal de la escuela una declaración escrita cuando la medicación haya sido discontinuada.
3. Conceder permiso a la enfermera de la escuela para hablar con el medico con respecto a temas de salud de mi hijo y tratamiento de mi hijo relacionados con la medicación y diagnostico arriba mencionado ya que es parte de sus necesidades educacionales y conductuales
4. Cooperar con el personal escolar para ayudar a mi hijo a cumplir con las instrucciones de administración de medicamentos.
5. Todos los medicamentos deben venir a la escuela en el contenedor original de la farmacia.

Para INHALADORES Y BOMBAS DE INSULINA: En mi opinión mi hijo entiende el uso de este medicamento y demuestra la responsabilidad de una correcta administración y de poder llevarlo consigo. _____ Si _____ No _____

Firma del Padre/Representante Legal

_____/_____/_____
Fecha

Teléfono durante el día