

## ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN ESCUELA

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.

*La política escolar requiere el consentimiento del guarda paternal/legal y declaración escrita de prescriber autorizado antes de que el personal escolar pueda dar cualquier medicación prescrita o sin receta médica a un estudiante. Por favor complete esta forma y vuelva a la oficina escolar.*

NAME OF STUDENT: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_

*NOMBRE DE ESTUDIANTE*

ADDRESS: \_\_\_\_\_ PHONE#: \_\_\_\_\_

*DIRECCIÓN*

*TELÉFONO*

ALLERGIES: \_\_\_\_\_

*ALERGIAS*

### To be completed by LICENSED PRESCRIBER

*Ser completado por PRESCRIBER autorizado*

In accordance with the ORC 3313.713/3313.716 The Licensed Prescriber MUST provide the following information before a students is allowed to receive medication at school or possess and self-administer and asthma inhaler.

*De acuerdo con la ORCA 3313.713/3313.716 Prescriber autorizado DEBE proporcionar la información siguiente antes de que a unos estudiantes les permitan recibir la medicación en la escuela o poseer y autoadministrar e inhalador de asma.*

Condition for which medication is administered: \_\_\_\_\_

Name of medication, dose and route: \_\_\_\_\_

Time or indication for administration: \_\_\_\_\_

Specific instructions for administration: \_\_\_\_\_

Possible side effects to be noted/reported: \_\_\_\_\_

Effective Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Expiration date of this request: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**FOR ASTHMA INHALERS, EPI-PENS, 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Licensed Prescriber Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_

Date Signed \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

### To be completed by PARENT/GUARDIAN

*Ser completado por PADRE/GUARDA*

Doy el permiso para el principal o su/su persona designada para administrar la medicación como prescrito encima a mi niño, y adelante estar de acuerdo con el siguiente:

- Presente al personal escolar una declaración revisada, firmada por prescriber autorizado del susodicho, cuando cualquier cambio de la declaración original ocurre.
- Presentan al personal escolar una declaración escrita cuando la medicación ha sido discontinuada.
- El permiso de subvención para la enfermera escolar para consultar con susodicho prescriber autorizado en cuanto a salud de mi niño y tratamiento resulta cuando ellos pertenecen a la susodicha medicación/diagnóstico y sus/sus necesidades de dirección educativas y behaviorísticas. Cooperate with school personnel in assisting my child comply with medication administration instructions.

Todas las Medicaciones deben venir a la escuela en el contenedor original del farmacéutico.

**Para INHALADORES, EPI-PLUMAS, Y BOMBAS DE INSULINA:** Esto es mi opinión que mi niño entiende el uso de esta medicación, demuestra la administración apropiada, y ha mostrado el comportamiento responsable cuando esto viene al transporte de esta medicación. Adelante entiendo que mi niño firmará un contrato que declara él/ella será responsable de la medicación durante la escuela. **SÍ** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_ **INICIALES** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guarda

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de Día

**\*\*THIS FORM EXPIRES AT THE END OF THE 2018-19 SCHOOL YEAR\*\***

**\*\*ESTA FORMA EXPIRA AL FINAL de 2018-19 AÑO ESCOLAR\*\***