

PERMISSION FOR MEDICATION ADMINISTRATION AT SCHOOL

Student Name: _____

School: _____

In order for the school to administer any prescription or over-the-counter medication to your child, you must provide the school with written orders from your child's healthcare provider. All medications must be provided in their original container and labeled with your child's name. Please return this form to:

Name: _____

Title: _____

Phone/e-mail: _____

By signing this form, I give permission for my child's healthcare provider to share information about the administration of this medication with the school staff delegated to administer medications. I further authorize the school personnel delegated to administer medications to administer the medication(s) identified in the following section in accordance with my healthcare provider's instructions.

Parent/guardian's signature: _____

Printed name of parent/guardian: _____

Date: _____

This section must be completed by your healthcare provider

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION

CHILD'S NAME:

Birth date:

Medication:

Dosage:

Route:

Administration time(s):

Start Date:

End Date:

Special instructions:

Any side effects to reported:

Signature of healthcare professional with prescriptive authority: _____

Printed name of healthcare professional: _____

Phone/e-mail: _____

Date: _____

PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante:

Escuela:

Para que la escuela le administre un medicamento recetado o de venta libre a su hijo, debe proporcionar a la escuela la receta escrita del proveedor de atención médica de su hijo. Todos los medicamentos deben proporcionarse en su envase original y estar etiquetados con el nombre de su hijo. Devuelva este formulario a:

Nombre:

Cargo:

Teléfono/correo electrónico:

Al firmar este formulario, doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi hijo comparta información sobre la administración de este medicamento al personal de la escuela delegado para administrar medicamentos. Además, autorizo al personal de la escuela delegado para administrar medicamentos a administrar el(los) medicamento(s) inidentificado(s) en la siguiente sección de conformidad con las instrucciones de mi proveedor de atención médica.

Firma del padre/madre/tutor:

Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor:

Fecha:

Esta sección debe completarla su proveedor de atención médica.

AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL NIÑO:

Fecha de nacimiento:

Medicamento:

Dosis:

Vía:

Hora(s) de administración:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Instrucciones especiales:

Cualquier efecto secundario que deba informarse:

Firma del profesional de atención médica con autoridad para recetar:

Nombre en letra de imprenta del profesional de atención médica:

Teléfono/correo electrónico:

Fecha: