

## MEDICATION AND HEALTH CARE TREATMENT AUTHORIZATION

Student Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

D401 believes that parents/guardians have a primary responsibility for the administration of medication to their children. Therefore, the Board of Education discourages the administration of medication during regular school hours and during school-related activities unless necessary for the critical health and well-being of the student. Medication brought to school for administration must be in its original container from a pharmacy or healthcare provider and clearly labeled with: **Student Name, Drug Name and dosage, and Schedule for medication administration. Note: Medications must be brought into school by a parent/guardian, any medication that remains at the end of the year or if the student is discontinuing use medications must be picked up by a parent/guardian.**

Parent/Guardian and physicians must complete and sign this form before medication may be administered. Students who need to keep their asthma medication/inhaler and/ or epinephrine auto-injector with them for self-administration must also have a completed EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION form.

### PARENTAL AUTHORIZATION

I authorize C.U.S.D. #401 and its employees and agents to administer medication according to the Medication Administration Policy and Procedures of C.U.S.D. #401 to my child.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN OR LICENSED PROVIDER ORDER

Student Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Medication/Health Treatment \_\_\_\_\_

Specific Time/Instructions \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_

Reasons for Medication/Health Treatment and Intended Effect \_\_\_\_\_

Possible Side Effects \_\_\_\_\_

Possible negative drug interactions \_\_\_\_\_

Length of Time for Administration \_\_\_\_\_ Start Date \_\_\_\_\_ End Date \_\_\_\_\_

Comments/Additional Instruction \_\_\_\_\_

#### Approved for Possession and Self-Administration of

Inhaler  Yes  No

Epinephrine Auto-Injector  Yes  No

Emergency Action Plan and/or Medical Plan attached

Inhaler rescue medication labeled by pharmacist

Signature: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Insert doctor's stamp here:

**ZEZWOLENIE NA LEKI I ZABIEGI ZDROWOTNE**

Imię i nazwisko ucznia: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Szkoła: \_\_\_\_\_ Nauczyciel: \_\_\_\_\_ Klasa: \_\_\_\_\_

D401 uważa, że rodzice/opiekunowie ponoszą główną odpowiedzialność za podawanie leków swoim dzieciom. Dlatego Kuratorium Oświaty odradza podawanie leków podczas zwykłych godzin lekcyjnych i podczas zajęć szkolnych, chyba że jest to konieczne dla krytycznego stanu zdrowia i dobrego samopoczucia ucznia. Leki przynoszone do szkoły w celu podania muszą znajdować się w oryginalnym opakowaniu z apteki lub placówki służby zdrowia i być wyraźnie oznakowane: **Imię i nazwisko ucznia, nazwa leku i dawkowanie oraz harmonogram podawania leków. Uwaga: Leki muszą być przyniesione do szkoły przez rodzica/opiekuna prawnego, wszelkie lekarstwa, które pozostaną do końca roku szkolnego lub jeśli uczeń odstawia leki, muszą być odebrane przez rodzica/opiekuna**

**prawnego.**  
Parent/Guardian and physicians must complete and sign this form before medication may be administered. Students who need to keep their asthma medication/inhaler and/ or epinephrine auto-injector with them for self-administration must also have a completed EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION form.

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW**

Upoważniam C.U.S.D. #401 oraz jej pracowników i agentów do podawania leków zgodnie z Polityką i procedurami podawania leków C.U.S.D. #401 dla mojego dziecka.

Podpis Rodzica / Opiekuna: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**ZAMÓWIENIE LEKARZA LUB LICENCJONOWANEGO DOSTAWCY**

Imię i nazwisko ucznia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Leki/leczenie zdrowotne \_\_\_\_\_

Określony czas/instrukcje \_\_\_\_\_ Dawkowanie \_\_\_\_\_ Droga

podania \_\_\_\_\_

Powody stosowania leków/leczenia zdrowotnego i zamierzony efekt \_\_\_\_\_

Możliwe efekty uboczne \_\_\_\_\_

Możliwe negatywne interakcje leków \_\_\_\_\_

Czas podawania \_\_\_\_\_ Data rozpoczęcia \_\_\_\_\_ Data zakończenia \_\_\_\_\_

Komentarze/Instrukcje dodatkowe \_\_\_\_\_

Zatwierdzony do posiadania i samodzielnego administrowania

Inhalator  Tak  NIEAutomatyczny wstrzykiwacz epinefryny  Tak  NIE Załączono plan działania w nagłych wypadkach i/lub plan medyczny

Lek ratunkowy do inhalacji oznaczony przez farmaceutę

Podpis: \_\_\_\_\_

Nazwa wydruku: \_\_\_\_\_

Insert doctor's stamp here:

## AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

D401 cree que los padres/tutores tienen la responsabilidad principal de la administración de medicamentos a sus hijos. Por lo tanto, la Junta de Educación desaconseja la administración de medicamentos durante el horario escolar regular y durante las actividades relacionadas con la escuela, a menos que sea necesario para la salud y el bienestar críticos del estudiante. Los medicamentos que se traen a la escuela para su administración deben estar en su envase original de una farmacia o proveedor de atención médica y estar claramente etiquetados con: **Nombre del estudiante, nombre del medicamento y dosis, y horario de administración del medicamento. Nota: Los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un padre/tutor, cualquier medicamento que quede al final del año o si el estudiante está**

**descontinuando el uso de medicamentos debe ser recogido por un padre/tutor.**

Parent/Guardian and physicians must complete and sign this form before medication may be administered. Students who need to keep their asthma medication/inhaler and/ or epinephrine auto-injector with them for self-administration must also have a completed EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION form.

## AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizo a C.U.S.D. #401 y sus empleados y agentes para administrar medicamentos de acuerdo con la Política y Procedimientos de Administración de Medicamentos de C.U.S.D. #401 a mi hijo.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## ORDEN DEL MÉDICO O PROVEEDOR CON LICENCIA

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Medicamentos/Tratamiento de Salud \_\_\_\_\_

Hora Específica/Instrucciones \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Vía \_\_\_\_\_

Razones para la medicación/tratamiento de salud y efecto previsto \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios \_\_\_\_\_

Posibles interacciones medicamentosas negativas \_\_\_\_\_

Duración del tiempo de administración \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Comentarios/instrucciones adicionales \_\_\_\_\_

Aprobado para Posesión y Auto-Administración de

Inhalador  Sí  No

Autoinyector de epinefrina  Sí  No

Plan de Acción de Emergencia y/o Plan Médico adjunto

Medicamento de rescate del inhalador etiquetado por el farmacéutico

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Insert doctor's stamp here:

