

**ROCKFORD PUBLIC SCHOOLS
AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION FORM**

TO: PARENT OR GUARDIAN

Our district policy states that all prescription and non-prescription medications that are given during school hours must have this form completed prior to the administration of any medication. Medication prescribed daily, twice or three times daily should be administered under the guidance of the parent around school hours. No medication will be given during the school day unless absolutely necessary for the critical health and well-being of the student.

All medication sent to school must be:

- 1) In the original prescription bottle or for non-prescription medication in the original manufacturer's package;
- 2) Properly labeled with the name of the student, the prescribing physician, name of the medication, dosage, route, and the time to be given, name of pharmacy; and
- 3) Medication should be brought to school by the parent/guardian or other responsible adult.

This medication form must be completed with the medication packaged properly as outlined above or the **medication will not be given**. Please complete this form and return it to the school nurse. This information is kept confidential. Thank you for your cooperation.

INFORMATION OBTAINED FROM PHYSICIAN:

Student Name: _____ Birth Date: _____

Name of Medication and Dosage: _____

Route and Time: _____

Possible Side Effects: _____

Diagnosis/Reason for Medication: _____

Other Medications: _____

Approval for Self-Administration

(Field trips or medication required at time when nurse is not in the building)
Self-administration will be under the supervision of voluntary school personnel.

_____ (Indicate yes or no)

Approval for student to carry and use emergency medication

(Inhaler/Epi-pen) (Recommend age 10 years and over only)

_____ (Indicate yes or no)

Approval for Blood Glucose Management

Patient's insulin schedule and diabetes control may be modified by parents' authorization

_____ (Indicate yes or no)

(Physician's Signature)

(Date)

(Physician's Name - Please Print)

(Phone Number / Fax number)

PARENT AUTHORIZATION AND SIGNATURE:

I authorize Rockford Public Schools and its employees, on my behalf and stead, to administer or attempt to administer (or to allow my child to self-administer while under the supervision of the employees and agents of this school district) to my child this lawfully prescribed medication and any prescribed changes. I acknowledge that it may be necessary for the administration of medications to my child to be performed by an individual other than a school nurse and specifically consent to such practices. I further acknowledge and agree that when the lawfully prescribed medication is so administered or attempted to be administered, I waive any claims I might have against the school district, its employees and agents arising out of the administration of said medication. In addition, I agree to release, hold harmless, and indemnify the District and its employees from any and all claims, damages, causes of action or injury incurred or resulting from the administration or attempts at administration of said medication. I allow the school nurse to discuss this medication and its effects on my child with the prescribing physician or his representative.

(Parent/Guardian Signature)

(Date)

(Day-time Phone Number)

(Emergency Phone Number)

ESCUELAS PÚBLICAS DE ROCKFORD
FORMULARIO AUTORIZANDO LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

PARA: PADRE O TUTOR

Nuestra norma distrital establece que todos los medicamentos prescritos y no prescritos que son dados durante horas escolares debe tener este formulario completado antes de administrar cualquier medicamento. El medicamento prescrito diariamente, dos veces o tres veces al día debería ser administrado bajo el asesoramiento de los padres en horas escolares. Ningún medicamento será administrado durante el día escolar al menos que sea absolutamente necesario para la salud crítica y bienestar del estudiante.

Todo medicamento enviado a la escuela debe:

- 1) Estar en el frasco de prescripción original o medicamento no prescrito en el paquete del fabricante original;
- 2) Estar apropiadamente rotulado con el nombre del estudiante, el médico que lo recetó, nombre del medicamento, dosis, vía de administración y la hora que debe dársele, nombre de la farmacia; y
- 3) Ser traído a la escuela por uno de los padres/tutor u otro adulto responsable.

Este formulario para medicamento debe estar completado con el medicamento empacado apropiadamente así como bien detallado o el **medicamento no será dado**. Por favor complete este formulario y regréselo a la enfermera escolar. Esta información es mantenida confidencial. Gracias por su cooperación.

INFORMATION OBTAINED FROM PHYSICIAN:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre del Medicamento y Dosis: _____

Forma de Administración y Hora: _____

Efectos Posibles: _____

Diagnosis/Razón para el Medicamento: _____

Otros Medicamentos: _____

Aprobación para Auto-Administración

(Paseos o medicamento requerido al la hora cuando la enfermera no está en el edificio)

_____ (Indique sí o no)

Auto-administración estará bajo la supervisión de personal escolar voluntario.

Aprobación para que el estudiante lleve y use medicamento en emergencia

(Inhalador/Epi-pen) (Recomendado solo para 10 años en adelante)

_____ (Indique sí o no)

Aprobación para la glucosa de sangre

El horario de insulina de pacientes y control de diabetes pueden ser modificados por la autorización de padres

_____ (Indique sí o no)

(Firma del Médico)

(Fecha)

(Nombre del Médico – en Molde Por Favor)

(# de Teléfono / # de Fax)

AUTHORIZACIÓN Y FIRMA DEL PADRE:

Yo autorizo a las Escuelas Públicas de Rockford y a sus empleados, para administrar o intentar administrar, en mi nombre y lugar (o permitir a mi niño auto-administrarse bajo la supervisión de los empleados y agentes de este distrito escolar) este medicamento prescrito legalmente y cualquier cambio prescrito. Yo reconozco que podría ser necesario para la administración de medicamentos que esto fuera hecho para mi niño por otro individuo que no sea la enfermera escolar y doy consentimiento para dichas prácticas. Además reconozco y estoy de acuerdo que cuando el medicamento prescrito legalmente es administrado así o intento para ser administrado, yo renuncio cualquier reclamo que yo pudiera tener en contra del distrito escolar, sus empleados y agentes que hayan participado en la administración de dicho medicamento. Además, estoy de acuerdo en exonerar, mantenerme inofensivo y desagraviar al Distrito y sus empleados de cualquiera y todos los cargos, daños, causas de acción o lesión ocurrida o resultando por la administración o intentos de administración de dicho medicamento. Yo permito a la enfermera escolar discutir este medicamento y sus efectos en mi niño con el médico que lo prescribe o con su representante.

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

(Número de Teléfono-Día)

(Número de Teléfono-Emergencia)