

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196  
 Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools  
*Educating, developing, and inspiring our students for lifelong success*

Series Number 506.2.2.1P Adopted December 1987 Revised August 2024

Title **Authorization for Administration of Prescription Medication at School Medication Authorization Form (ECSE – Grade 12)/  
 Autorización para la administración de medicamentos recetados en la escuela**

Student \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ School Yr \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Allergies \_\_\_\_\_

NOTE: Medication must be supplied in original labeled prescription bottle. *No narcotic pain medication will be administered during the school day unless authorized by a authorized healthcare provider.						
Medication	Controlled Substance Yes/No	ICD-10 Medical condition	Dose	Time	Route	Possible side effects
1.						
2.						
3.						

other considerations/directions \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
signature of authorized healthcare provider

\_\_\_\_\_  
print name of authorized healthcare provider

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
clinic name

\_\_\_\_\_  
clinic phone

\_\_\_\_\_  
clinic fax

**Autorización de Padres/Tutor**

1. Solicito que el/los medicamento/s mencionados anteriormente se administren durante el horario escolar según lo indique el proveedor de salud autorizado de mi estudiante. También solicito que se administre/n el/los medicamento/s en las excursiones según lo prescrito.
2. Notificaré a la escuela sobre cualquier cambio en el/los medicamento/s, es decir, cambio de dosis, suspensión del medicamento, etc.
3. Doy permiso para que el/los medicamento/s sea/n administrado/s por personal escolar capacitado cuando sea delegado por la enfermera de la escuela en su ausencia.
4. Libero al personal de la escuela de responsabilidad en caso de que se produzcan reacciones adversas por tomar el medicamento.
5. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento enviando un aviso por escrito a la enfermera escolar licenciada.
6. Entiendo que estoy obligado a recoger los medicamentos controlados cuando lo solicite la escuela.
7. Designo al distrito escolar como entidad autorizada para transportar medicamentos no controlados con fines de destrucción si las cantidades no utilizadas permanecen en posesión del personal escolar.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Vínculo con el estudiante

**Permiso para Divulgar Información**

1. Doy permiso para que la enfermera de la escuela se comuniqué, según sea necesario, con el personal de la escuela sobre la condición médica de mi hijo/a y la acción de medicamento/s.
2. Doy permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el proveedor de atención médica autorizado de mi hijo sobre cualquier pregunta relacionada con los medicamentos enumerados o la condición médica que está siendo tratada con medicamentos.
3. Doy permiso para que el proveedor de atención médica autorizado divulgue información relacionada con la(s) medicación(es) y afección(es) médica(s) mencionadas a la enfermera escolar autorizada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Vínculo con el estudiante

Entregue este formulario a: \_\_\_\_\_  
 RN, Licensed School Nurse

\_\_\_\_\_  
Phone

\_\_\_\_\_  
Fax