BRENTWOOD PUBLIC SCHOOLS H.S. 033
ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOL

PARENT AND PRESCRIBER'S AUTHORIZATION

Authorization for Administration of Medication

A. To be completed by the parent or guardian:
I request that my child _____ grade_____
receive the medication as prescribed below by our licensed health care prescriber. The medication is to be furnished by me in the properly labeled original container from the pharmacy. I understand that the school nurse, or other designated person in the case of absence of the school nurse, will administer the medication.

Signature (Parent or Guardian): _____
Address:_____
Telephone: Home_____Work_____Date_____

B. To be completed by the licensed health care prescriber:
I request that my patient, as listed below, receive the following medication:

Name of Student:_____Date of Birth_____

Diagnosis:_____

Name of Medication: _____

Prescribed Dosage and Route of Administration:_____

Time to be taken during school hours:_____

Frequency and duration of treatment:_____

Possible Side Effects and Adverse Reactions (if any)_____

_____

Other Recommendations:_____

Stamp of Licensed Prescriber and Title:_____

Prescriber's Signature:_____Date:_____

Address:_____Phone:_____

Revised 1/2008

ESCUELAS PUBLICAS DE BRENTWOOD H.S. 033S
ADMINISTRACION DE MEDICINAS EN LA ESCUELA

AUTORIZACION DE LOS PADRES Y DEL MEDICO QUE PRESCRIBE LA MEDICINA

Autorizacion para Administracion de Medicinas

A Debe ser completado por los padres/guardianes:
Solicito que mi nino/nina_____grado_____
Reciba esta medicina segun la misma ha sido prescrita por el medico. Yo enviare dicha Medicina a la escuela en su envase original debidamente identificada por la farmacia. Tengo Entendido que la enfermera escolar o cualquier otra persona authorizada por la escuela en caso de ausencia de la enfermera, tendra la responsabilidad de administrar esta medicina.

Firma(Padres or Guardianes):_____
Direccion:_____
Telefono(casa):_____Trabajo:_____Fecha:_____

B. La siguiente forma debe ser completada por el medico que prescribe la medicina:
Solicito que mi paciente, cuyo nombre aparece a continuacion, reciba la siguiente medicina:

Nombre del estudiante_____Fecha de Nacimiento_____

Diagnostico:_____

Nombre de la Medicina:_____

Dosis prescrita y medio de administracion:_____

Hora a la cual debe administrarse en la escuela:_____

Frecuencia Y duracion del tratamiento:_____

Posibles reacciones adversas o efectos (si alguno):_____

_____

Otras recomendaciones:_____

Sello del medico que prescibe y titulo:_____

Firma:_____Fecha:_____

Direccion:_____Telefono:_____

Revised 1/2008