



NEW HANOVER COUNTY

HEALTH & HUMAN SERVICES

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401

Health | P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | NHCgov.com
Social Services | P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7824 | NHCgov.com

Donna Fayko, M.Ed, Director

David G. Howard, MPH, Director Public Health | **Tonya Jackson, MBA**, Director Social Services

Student's Current School: _____ **FAX completed form to (910)** _____

PHYSICIAN'S AUTHORIZATION FOR MEDICATION AT SCHOOL: 2021-2022

Name of Student _____ Date of Birth _____ Diagnosis _____

Medication _____ Dosage _____ Route _____

Time(s) medication is to be given or how often (Daily medications must have an exact time for administration) _____

Significant Information (include side effects, toxic reactions, omission reactions) _____

Contraindications for Administration

This medication is to be kept in a locked area and will be provided and transported to and from school by parent or guardian in a container properly labeled by a pharmacist with identifying information (e.g., name of child, medication dispensed, dosage prescribed, route, and the time it is to be given.)

If an emergency occurs during the school day or if the student becomes ill, school officials should call parents, my office or 911.

COMPLETE IF PRESCRIBING MEDICATION FOR ASTHMA, ANAPHYLACTIC OR DIABETIC STUDENTS

Students may possess and self-administer asthma, anaphylactic, or diabetic medication during the school day and/or school activities. Circle **Yes** or **No**

Student has been instructed, states understanding, and demonstrates skills necessary to possess and self-administer medication at school. Circle **Yes** or **No**

For those students who self-administer medication, backup medication must be kept at the school per G.S. 115c-375.2. This student has a written treatment plan.

Healthcare Provider Signature *Telephone Number* *Date*

PARENT'S PERMISSION

I hereby give permission for my child (named above) to receive medication during school hours. This medication has been prescribed by a licensed physician. I hereby release the School Board and their agents and employees from all liability that may result from my child taking the prescribed medication.

Parent or Guardian's Signature *Telephone Number* *Date*

Reviewed by: _____
School Nurse's Signature *Date*

STUDENT ACKNOWLEDGMENT OF SELF-ADMINISTERED MEDICATION

I understand and have demonstrated to the school nurse or nurse's designee the skill level necessary to self-administer medication. I agree **not** to share medication or supplies with anyone.

Student's Signature *Date*



NEW HANOVER COUNTY

HEALTH & HUMAN SERVICES

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401

Health | P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | NHCgov.com
Social Services | P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7824 | NHCgov.com

Donna Fayko, M.Ed, Director

David G. Howard, MPH, Director Public Health | **Tonya Jackson, MBA**, Director Social Services

Escuela: _____ **Tiene que ser completado por un Proveedor del Cuidado de la Salud y tiene que ser enviado por fax a (910) _____ (la escuela actual del estudiante)**

AUTORIZACION DEL DOCTOR PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS A UN ESTUDIANTE EN LA ESCUELA 2021-2022

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Diagnóstico _____
Medicamento _____ Dosis _____ Modo de administración _____

Hora que se debe tomar el medicamento y cuantas veces **(Los medicamentos diarios deben tener una hora exacta para su administración.)**

Información importante (efectos secundarios, reacción toxica) _____

Contraindicaciones para la administración

Este medicamento debera estar bajo llave y sera **llevado y traído de la escuela por los padres o Tutor legal** en un contenedor con la etiqueta apropiada de la farmacia con la información del Paciente e instrucciones (nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis y la hora que debe administrarse).

Si una emergencia ocurre durante el día escolar o si el estudiante se enferma, los encargados de la escuela necesitan llamar a los padres, a mi oficina o al 911. _____ () _____

COMPLETE SI ESTA RECETANDO MEDICAMENTO PARA EL ASMA, REACCION Anafiláctica O PARA ESTUDIANTES CON DIABETES (AZUCAR)

Los estudiantes pueden poseer y administrarse el medicamento para el asma, reacción anafiláctica o para la diabetes durante el día escolar y/o en actividades escolares. Circule el **Sí** o **No**

Se le dio instrucciones al estudiante, constando que comprendió lo indicado, y demostró la habilidad adecuada para poseer y administrarse los medicamentos en la escuela. Circule el **Sí** o **No**

Los estudiantes que se pueden administrar el medicamento en la escuela, deberán tener medicamento de respaldo (medicamento extra) de acuerdo a G.S. 115c-375.2. Este estudiante tiene copia del plan de tratamiento.

Healthcare Provider Signature

() _____
Telephone Number

Date

PERMISO DE LOS PADRES

Yo le doy permiso a mi hijo(a) de recibir medicamento durante el día escolar. Este medicamento ha sido recetado por un doctor con su licencia apropiada. La Junta de la Escuela, sus agencias y empleados no son responsables por cualquier problema ocasionado por el uso de medicamentos recetados en la escuela.

Padre o Tutor legal

() _____
Número de Tel.

Fecha

Revisado por: _____

Enfermera de la Escuela

Fecha

CONOCIMIENTO DEL ESTUDIANTE DE LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO

Yo entiendo y he demostrado a la enfermera de la escuela o a la enfermera designada los conocimientos necesarios para administrarme el medicamento. Yo estoy de acuerdo de **no** compartir el medicamento o material con nadie.

Firma del Estudiante

Fecha