

**DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE WHITE PLAINS**

**Permiso para Administrar Múltiples Medicamentos**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Profesor/HR: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**To Be Completed By Health Care Provider**

Diagnoses \_\_\_\_\_

Medication Name	Dose	Route	Time	Initial applicable boxes below		
				<input type="checkbox"/> AM _____	<input type="checkbox"/> FT	<input type="checkbox"/> SSA
				<input type="checkbox"/> Self-Directed	<input type="checkbox"/> Self Admin-Self Carry	
				<input type="checkbox"/> AM _____	<input type="checkbox"/> FT	<input type="checkbox"/> SSA
				<input type="checkbox"/> Self-Directed	<input type="checkbox"/> Self Admin-Self Carry	
				<input type="checkbox"/> AM _____	<input type="checkbox"/> FT	<input type="checkbox"/> SSA
				<input type="checkbox"/> Self-Directed	<input type="checkbox"/> Self Admin-Self Carry	

**Prescriber please use codes below for each medication ordered:**

<b>AM</b>	Nurse may administer missed morning dose indicated after verbal or written notification from parent. Please advise parent to send in additional medication
<b>FT</b>	Medication is needed on field trips
<b>SSA</b>	Medication is needed school sponsored extra-curricular activities
<b>Self-Directed</b>	I assess this student is self-directed regarding their medication. They understand the purpose, name, amount, dose, timing, and effect of taking or not taking the medication, can recognize the medication and refuse to take it inappropriately and can ingest, inhale, apply or calculate and administer the correct dose of the medication independently.
<b>Self-Administer/ Self-Carry</b>	I have determined this student is consistent and responsible in taking their own medications (Self-Directed) and in addition, give them permission to self- carry and self-administer this medication. They will be considered independent in medication delivery and need intervention only during emergencies.

**Name and Title of Licensed Prescriber (Please Print)** \_\_\_\_\_

**Prescriber's Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

**Para ser Completado por el Padre**

Yo autorizo que la medicina indicada le sea administrada a mi niño/a conforme está ordenado por su doctor. Yo proporcionaré la medicina en su frasco original de la farmacia, propiamente etiquetado con las indicaciones y dosaje, o medicina sin receta médica en su frasco original/paquete con el nombre de su niño.

**Nota: Los estudiantes sólo pueden auto-transportar los Auto Inyectores de Epinephrine o inhaladores para el asma.**

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Auto-Medicarse / Auto-Transportar**

Se requiere el permiso del padre y doctor para que los estudiantes se auto-mediquen y auto-transporten sus medicinas. Los estudiantes con esta designación son considerados independientes para tomar su medicina en la escuela y no requieren supervisión de la enfermera. Los padres asumen la responsabilidad por garantizar que su niño transporte y tome su medicina conforme fue ordenado. Las escuelas pueden revocar este privilegio de auto-transporte o auto-med icarse si el estudiante demuestra ser irresponsable o incapaz. Para solicitar esta opción, firme abajo:

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

School Nurse: \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_