



# Cleveland Independent School District Medication Authorization Form

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Student ID# \_\_\_\_\_ Campus \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Este formulario debe completarse en su totalidad para que el personal de salud de la escuela pueda administrar medicamentos a un estudiante. Se debe completar un formulario de autorización de medicamento nuevo al comienzo de cada año escolar, para cada medicamento y cada vez que haya un cambio en las instrucciones de administración del medicamento.

En cumplimiento con la póliza FFAC (local) del consejo de Cleveland ISD, todos los medicamentos administrados por Cleveland ISD deben ser:

- Entregado a la clínica por un padre/tutor o su designado (adulto responsable).
- Los medicamentos recetados deben estar en el envase original y estar debidamente etiquetados. La etiqueta debe incluir la fecha de prescripción, el nombre y la dirección de la farmacia, el número de receta, el nombre del estudiante, el nombre del médico que prescribe, las instrucciones de uso y cualquier declaración de precaución. Las instrucciones de la etiqueta deben coincidir con la orden del médico. Debe ser recetado por un médico o dentista con licencia para ejercer en los Estados Unidos.
- Los medicamentos de venta libre (sin receta) deben estar en el empaque original del fabricante y solo se administrarán de acuerdo con las pautas del fabricante que sean apropiadas para la edad y el peso del estudiante, a menos que un médico los recete de otra manera. Debe haber una orden médica para los medicamentos de venta libre.
- Los medicamentos que no sean recuperados de la clínica por un padre/tutor o su designado (adulto responsable) antes del último día del año escolar actual serán destruidos de acuerdo a las pólizas de Cleveland ISD.

Medication Name:			Medication Unit (mg/mcg etc.):		
Medication Dosage: (Amount to be given)			Special Instructions:		
Time to Be Given:	<input type="checkbox"/> Breakfast	<input type="checkbox"/> Lunch	<input type="checkbox"/> PRN/ As Needed	<input type="checkbox"/> _____ (Specific time)	<input type="checkbox"/> Missed AM home dose (if verified by parent)
Period of Administration:	<input type="checkbox"/> 30 days	<input type="checkbox"/> _____ days	<input type="checkbox"/> Duration of school year	<input type="checkbox"/> As needed for emergency	
Route of Administration:	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Inhaled	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> THIS IS AN EMERGENCY MEDICATION		<input type="checkbox"/> STUDENT MAY SELF-CARRY EMERGENCY MEDICATION		<input type="checkbox"/> STUDENT MAY SELF-ADMINISTER EMERGENCY MEDICATION	
Reason for Medication:					
Possible Side Effects:					
Medications currently taken at home:					

*Autorizo al personal de la escuela a administrar el medicamento anterior durante el horario escolar. Autorizo a la enfermera registrada de la escuela o a su persona designada a comunicarse con el médico que prescribe con respecto a cualquier aclaración necesaria sobre el medicamento mencionado anteriormente según sea necesario para garantizar una administración segura. Entiendo que si las circunstancias son cuestionables, el empleado de la escuela se reserva el derecho de rechazar mi solicitud mientras investiga.*

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN	TO BE COMPLETED BY LICENSED HEALTHCARE PROVIDER
Nombre del padre/tutor legal en letra de molde:	Healthcare Provider Printed Name:
Telefono del padre:	Provider Phone:
He completado y revisado este formulario; toda la información es precisa.	Fax:
Firma:	Healthcare Provider Signature:
Fecha:	Date: