

**ALBUQUERQUE PUBLIC SCHOOLS  
PROVIDER ORDER AND MEDICATION AUTHORIZATION FORM**

(Please complete every item on this form)

Student's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

**PROVIDER'S ORDER AND STUDENT COMPETENCY STATEMENT**

1. I have examined this student for (diagnosis): \_\_\_\_\_ and have determined she/he requires medication during school hours. ICD-10 code(s): \_\_\_\_\_ [required for Medicaid purposes]
2. Name of medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_  
Generic substitution is permitted \_\_\_\_ YES \_\_\_\_ NO
3. Time of administration: \_\_\_\_\_
4. This student is expected to be receiving this medication (how long?): \_\_\_\_\_
5. Special instructions regarding this medication (include any periodic screening you would like done and when/how often):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Contact me if the following signs or symptoms appear: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I believe this student is able to carry and administer her/his own medication (excluding controlled substances) at the appropriate time and in the appropriate way. Please check: \_\_\_\_ YES \_\_\_\_ NO

Healthcare Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Printed Name: \_\_\_\_\_

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

\*\*\*\*\*

**DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR (Favor de llenar la declaración apropiada)**

1. Yo (nosotros), el suscrito(s) padre(s) o tutor(es) de \_\_\_\_\_ requiero (requerimos) que una enfermera escolar o empleado escolar capacitado administre el medicamento arriba mencionado de acuerdo a las instrucciones del médico tratante.. Estoy de acuerdo (acordamos) en suplir la medicina recetada necesaria en un envase debidamente etiquetado y proporcionar el medicamento adicional si es necesario. Estoy de acuerdo (acordamos) de notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente en caso de haber un cambio de medicamento..
2. Yo (nosotros), el suscrito(s) padre(s) o tutor(es) de \_\_\_\_\_ pienso (pensamos) que él/ella está competente para llevar consigo y tomar por sí mismo(a) su medicamento (excluyendo las sustancias controladas) de acuerdo las instrucciones del médico tratante mencionadas arriba a la hora y en la forma correspondiente. Doy (damo) permiso para que él/ella haga eso.

**Implementación de estas órdenes y el cuidado incluye la autorización del médico tratante de salud para conversar sobre este medicamento y la condición y elementos de cuidado necesario para esta condición. Sin esta autorización, estas órdenes no serán implementadas.**

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Medication discontinued per: parent: \_\_\_\_\_ (provider notified: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_)

Medication discontinued per: provider: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_