

Parent/Licensed Prescriber Request for Medication Administration

Prescription medication requires written parent consent and a written order from a Licensed Prescriber. Non-prescription medication can be given at school with written request from a parent. All medications must be in the original prescription bottle or packaging. The District and District employees bear no responsibility for the benefits or consequences of the medication, nor responsibility for insuring the medication is taken at the scheduled time.

DATE _____ STUDENT NAME _____

GRADE _____ HR _____ MEDICATION ALLERGIES _____

DIAGNOSIS OR CONDITION FOR WHICH MEDICATION IS PRESCRIBED _____

MEDICATION _____

AMOUNT TO BE GIVEN _____ TIME(S) TO BE GIVEN _____

SPECIAL INSTRUCTIONS _____

SIGNATURE OF PARENT

SIGNATURE OF PHYSICIAN

Print Name of Parent

Print Name/Phone # of Physician

GRADES 4 - 12

CONSENT TO CARRY ASTHMA INHALER, INSULIN OR EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR

With written parent and licensed prescriber consent for the student to possess and self-administer an asthma inhaler, insulin, or epinephrine auto-injector, the District and any school employee is relieved of the responsibility and consequences if the prescribed medication is not taken appropriately by the student.

SIGNATURE OF PARENT

SIGNATURE OF PHYSICIAN

SOLICITUD DEL PADRE/DOCTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

De acuerdo con la Guía para los Servicios Escolares de Cuidado de los Enfermos en Pennsylvania, ninguna medicación será suministrada en la escuela, excepto por orden directa de un médico. KCSD requiere autorización médica para el suministro de todas las medicaciones recetadas. Con la solicitud por escrito del padre, la medicación no recetada puede ser dada en la escuela.

FECHA _____ NOMBRE DEL ALUMNO _____

GRADO ____ HR _____ ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

DIAGNOSTICO O CONDICIÓN POR LA QUE LA MEDICACIÓN ES RECETADA _____

MEDICACIÓN _____

CANTIDAD QUE TIENE QUE SER DADA _____ A QUE HORA(S) _____

FECHA DE INTERRUPCIÓN DE LA MEDICACIÓN _____ # DE PASTILLAS O LIQUIDO ENVIADOS _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES O EFECTOS DE LA MEDICACIÓN _____

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE DEL PADRE

NOMBRE/TELÉFONO DEL MÉDICO

Grados 4 a 12

AUTORIZACION PARA LLEVAR INHALADOR PARA EL ASMA, LA INSULINA O AUTO-INYECTOR DE EPINEFRINA

Con autorización por escrito de los padres, medico o profesional de la salud con licencia para que el estudiante pueda poseer un inhalador de asma para auto- administrarse, insulina o auto-inyector de epinefrina, el Distrito y cualquier empleado de la escuela queda exonerado de la responsabilidad y las consecuencias si el medicamento prescrito no se toma apropiadamente por el estudiante.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DEL MÉDICO