



PRESCRIPTION MEDICATION CONSENT FORM

Both licensed practitioners and parents/guardians are required to sign for prescription medications. Authorized school personnel must document medication they administer. Each medication requires a separate form. Authorization of this form is not to exceed the current school year, including field trips and summer school.

TO BE COMPLETED BY THE LICENSED PRACTITIONER:

Student Name:	DOB:
School:	Grade:
Medication Name:	Reason for medication:
Dose:	Frequency/Times:
Start Date: End Date:	Possible Side Effects:
Additional Info:	

LICENSED PRACTITIONER, please CHECK ONE:

- Prescription Medication Administered By Authorized School Personnel**
Authorized school personnel will administer this prescription medication. As the licensed practitioner, I will direct administration and am willing to accept communication from authorized school personnel.
- Prescription Medication Is To Be Self-Administered By The Student**
This prescription medication will be self-administered. I have instructed the student in the proper method of administration (storage of medication, dosage, date(s) and time(s) to be administered, and possible side effects). In my professional opinion, this student is able to carry and self-administer the medication independently. I understand the school district does not accept any responsibility for the self-administration of prescription medication, including, but not limited to, the administration, supervision, or documentation thereof.

Licensed Practitioner's Name:	Clinic Name:
Licensed Practitioner's Signature:	Date:
Telephone:	Fax:

PARENT/GUARDIAN, please CHECK ONE:

- Prescription Medication Administered By Authorized School Personnel**
I give my permission to authorized school personnel to administer to my student the prescription medication listed above according to the licensed practitioner's directions provided on this form. I agree to hold the Waunakee Community School District and authorized staff harmless in any events arising from the administration of this medication. I agree to notify the school in writing of any changes in the above order.
- Prescription Medication Is To Be Self-Administered By The Student**
This prescription medication will be self-administered. I have reviewed the proper method of administration (storage of medication, dosage, date(s) and time(s) to be taken, and possible side effects) with my student. I request that my student be able to carry and self-administer this medication independently. I understand the school district does not accept any responsibility for the self-administration of prescription medication, including, but not limited to, the administration, supervision, or documentation thereof.

Parent/Guardian Signature:	Date:
Telephone:	Telephone:



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTO RECETADO

A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL AUTORIZADO: Tanto los médicos colegiados como los padres/tutores deben firmar la prescripción de medicamentos. El personal escolar autorizado debe documentar la medicación que administra. Cada medicamento requiere un formulario por separado. La autorización de este formulario no debe exceder el año escolar en curso, incluidas las excursiones y la escuela de verano.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:
Nombre del medicamento:	Motivo de la medicación:
Dosis:	Frecuencia/Horario:
Fecha de inicio: Fecha final:	Posibles efectos secundarios:
Información adicional:	

PROFESIONAL AUTORIZADO, por favor MARQUE UNA:

Medicamento recetado administrado por personal autorizado de la escuela - *El personal autorizado de la escuela administrará este medicamento recetado. Como profesional autorizado, dirigiré la administración y estoy dispuesto a aceptar comunicación de parte del personal autorizado de la escuela.*

Medicamento recetado autoadministrado por el estudiante - *Este medicamento recetado será autoadministrado. He instruido al estudiante sobre el método de administración adecuado (almacenamiento del medicamento, dosis, fecha(s) y horario(s) a ser administrado y posibles efectos secundarios). Según mi opinión profesional, este estudiante puede tener y administrar el medicamento de manera independiente. Entiendo que el distrito escolar no acepta ninguna responsabilidad por la autoadministración de un medicamento recetado, incluyendo, pero no limitado a, la administración, supervisión y documentación del mismo.*

Nombre del profesional autorizado:	Nombre de la clínica:
Firma del profesional autorizado:	Fecha:
Numero de telefono:	Numero de fax:

PADRE/MADRE/TUTOR, MARQUE UNA:

Medicamento recetado administrado por personal autorizado de la escuela - *Doy mi permiso al personal autorizado de la escuela para administrar a mi estudiante el medicamento recetado mencionado anteriormente, de acuerdo con las instrucciones del profesional autorizado proporcionadas en este formulario. Estoy de acuerdo en eximir de toda responsabilidad al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee y al personal autorizado en cualquier evento que surja de la administración de este medicamento. Estoy de acuerdo en notificar por escrito a la escuela sobre cualquier cambio en la orden anterior.*

Medicamento recetado autoadministrado por el estudiante - *Este medicamento recetado será autoadministrado. He revisado el método de administración adecuado (almacenamiento del medicamento, dosis, fecha(s) y horario(s) a ser administrado y posibles efectos secundarios) con mi estudiante. Solicito que mi estudiante pueda tener y autoadministrarse este medicamento de manera independiente. Entiendo que el distrito escolar no acepta ninguna responsabilidad por la autoadministración de un medicamento recetado, incluyendo, pero no limitado a, la administración, supervisión y documentación del mismo.*

Firma del padre/madre/tutor	Fecha
Teléfono (casa)	Teléfono (trabajo)