



MINNEAPOLIS  
PUBLIC SCHOOLS  
Urban Education. Global Citizens.

**Minneapolis Public Schools**  
**Health Related Services**  
(Spanish version)



Date: \_\_\_\_\_  
Entered in Disc. \_\_\_\_\_  
Scanned to Discovery \_\_\_\_\_

**Authorization for Administration of Medication at School**  
**Permiso para administrar medicamentos en la escuela**

Los Padres/Tutores que desean que el personal escolar administre medicamentos a su hijo en la escuela, deben dar su autorización por escrito cada año escolar y dicho permiso debe llevar la firma de los Padres o Tutores, además de la firma del médico del niño(a).

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de Identificación \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_ Salón / grado escolar: \_\_\_\_\_

**Physician/licensed prescriber's order for Administration of Medication by School Personnel**

*\* Medical Diagnosis & ICD-10-CM Code MUST be completed by Physician/Licensed Prescriber\**

Medical Diagnosis	ICD-10-CM Code	Medication	Dose	Time	Route	Possible Side Effects
1.						
2.						

Other considerations/directions: \_\_\_\_\_

Start date: \_\_\_\_\_ Stop date: \_\_\_\_\_

**(All authorizations expire at the end of the school year or following the summer school session.)**

\_\_\_\_\_  
Signature of Physician/Licensed Prescriber      Print name of Physician/Licensed Prescriber      Date

\_\_\_\_\_  
Clinic address      Phone      Fax

**Autorización de los Padres / Tutores**

- Yo solicito que los medicamentos mencionados arriba sean administrados durante las horas de escuela tal como lo ha ordenado el medico de mi hijo(a). También solicito que los medicamentos sean administrados durante las excursiones escolares, tal como se ha recetado.
- Yo avisaré al personal de la escuela de cualquier cambio con respecto al medicamento (por ejemplo, la dosis, la terminación del tratamiento , etc.)
- Yo autorizo que los medicamentos sean administrados por el personal escolar designado, entrenado y supervisado por la enfermera escolar.
- Legalmente, ustedes pueden rehusar firmar esta autorización de medicamentos. Si es así, no podremos administrar el medicamento a su hijo(a) en la escuela.
- Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, al enviar un aviso por escrito a la enfermera licenciada de la escuela.

**Nota: los medicamentos deben presentarse en su frasco / envase original**

**Autorización para dar información**

- Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse, si fuera necesario, con el personal escolar sobre la enfermedad de mi hijo(a) y la acción de los medicamentos que él o ella está tomando
- Autoriza a la enfermera de la escuela a consultarle al medico de mi hijo(a) con respecto a cualquier pregunta que ella tuviera acerca de los medicamentos enlistados y la enfermedad siendo tratado por dichos medicamentos.
- Autorizo al medico de mi hijo(a) a dar información relacionada a los medicamentos enlistados arriba y su enfermedad a la enfermera licenciada de la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres / Tutores      Fecha      Parentesco con el estudiante

**Favor de devolver a:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

RN, Enfermera Licenciada de la Escuela

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES / TUTORES