

SCHOOL MEDICATION PRESCRIBER/PARENT AUTHORIZATION

School Year: _____ - _____

STUDENT INFORMATION

Student's Name: _____ School: _____
 Date of Birth: ____/____/____ Age: _____ Grade: _____ Teacher: _____
 No known drug allergies---if drug allergies list: _____ Weight: _____ pounds

PRESCRIBER AUTHORIZATION (To be completed by licensed healthcare provider)

Medication Name: _____ Dosage: _____ Route: _____
 Frequency/Time(s) to be given: _____ Start Date: ____/____/____ Stop Date: ____/____/____

Reason for taking medication: _____
 Potential side effects/contraindications/adverse reactions: _____
 Treatment order in the event of an adverse reaction: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS:

Is the medication a controlled substance? Yes No
 Is self- medication permitted and recommended? Yes No
 If "yes" I hereby affirm this student has been instructed
 On proper self-administration of the prescribe medication.
 Do you recommend this medication be kept "on person" by student? Yes No

Printed Name of Licensed Healthcare Provider: _____ Phone: () _____ - _____ Fax: _____ - _____

Signature of Licensed Healthcare Provider: _____ Date: _____

AUTORIZACIÓN PARENTAL

Autorizo al Enfermero Escolar, el enfermero registrado o practicante autorizado a administrar o delegar al personal escolar no-
 autorizado la labor de asistir a mi hijo/a en la toma del medicamento arriba mencionado de acuerdo con la normativa administrativa.
 Entiendo que serán necesarias autorizaciones firmadas parentales/del proveedor adicionales si cambia la dosis del medicamento.
 También autorizo al Enfermero Escolar a hablar con el proveedor o farmacéutico en caso de surgir preguntas sobre el medicamento.
Los Medicamentos con Prescripción deben registrarse con el Enfermero Escolar o Asistentes de Medicación cualificados.
 Los medicamentos con prescripción deben estar etiquetados debidamente con el nombre del estudiante, de quien lo prescriba, del
 medicamento, su dosis, intervalos de toma, vía de administración y fecha de caducidad del medicamento cuando sea apropiado.
Los Medicamentos de Venta Libre deben registrarse con el Enfermero Escolar o Asistentes de Medicación cualificados, y
 estar en su envase original, sellado y sin abrir. Se seguirá la póliza de la Agencia Local de Educación para estos medicamentos:

Firma de Padres/Guardián: _____ Fecha: ____/____/____ Teléfono: () _____ - _____

AUTORIZACIÓN PARA AUTO-ADMINISTRACIÓN

(A completar SOLO si el estudiante está autorizado por un proveedor de seguro médico autorizado a auto-med icarse)

Autorizo y recomiendo la auto-administración de mi hijo/a para el medicamento arriba mencionado. También afirmo que él/ella ha
 sido informado/a por su médico principal sobre cómo auto-administrarse el medicamento prescrito correctamente. Indemnizaré y
 eximiré a la escuela, los agentes de la escuela, y la junta de educación ante cualquier reclamación de daños que pudiera surgir en
 relación a la auto-administración del medicamento(s) prescrito(s).

Firma de Padres: _____ Fecha: ____/____/____ Teléfono: () _____ - _____

ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION

SCHOOL MEDICATION PRESCRIBER/PARENT AUTHORIZATION

School Year: _____ - _____