EL PASO COUNTY
SCHOOL HEALTH SERVICES MEDICATION PERMIT
PRACTITIONER'S WRITTEN ORDER/PARENT CONSENT

If medication and/or a health care procedure is to be administered during regular school hours for illness or disability, it is necessary for the District to receive the following:

1. A Practitioner's Written Order/Parent Consent statement dated for the CURRENT school year signed by the parent, legal guardian or other person(s) having legal authority of the student AND the attending practitioner licensed to practice medicine in the State of Texas. (Exemption: U.S. Military)
2. Original container with prescription label from a registered pharmacist licensed to practice in the United States with current date, student's name, dose to be given, time(s) to be given, and medication route to be given.
3. The student is not allowed to carry his/her own medication or to self-administer the medication unless ordered by the licensed practitioner. **(Students need Parent Permission and a Written Order from a Licensed Practitioner to carry Inhalers, EpiPen and insulin.)**
4. ONLY medications and/or health care procedures prescribed in writing by the attending practitioner licensed to practice medicine in the state of Texas are to be administered. The following will not be administered by any school personnel: Medication prescribed and/or purchased in foreign countries.

ALL NURSES WHEREVER EMPLOYED MUST OBSERVE THE LAW THAT REQUIRES THEM TO HAVE A WRITTEN PRACTITONER'S ORDER BEFORE THE ADMINISTRATION OF ANY MEDICATION.

AT THE END OF THE SCHOOL YEAR, ALL UNCLAIMED MEDICATION WILL BE DESTROYED ON THE LAST DAY OF SCHOOL.

TO BE COMPLETED BY THE PARENT AND RETURNED TO THE SCHOOL NURSE

Name of Student ______________________________ DOB ______________ I.D.# ______________

I, ______________________________, give my permission for my child to receive the medication(s) listed below as directed by the attending practitioner. I do hereby give my consent for the release and exchange of information contained in the medical record of my child.

☐ Yes ☐ No My child has my permission to carry his/her inhaler, EpiPen, and/or insulin as ordered by the practitioner.

☐ Yes ☐ No I give permission for my child to have his/her inhaler/medication administered by trained school personnel.

______________________	______________	______________	______________	__________
Parent's/Guardian's Signature	Home Telephone	Cell Phone/Beeper #	Work Telephone	Date

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER

Diagnosis: ____

Medication #1 ____

Name | Strength | Dose | Time (at school) | Route

Duration: ☐ Entire School Year ☐ Other ______________________________

Medication #2 ____

Name | Strength | Dose | Time (at school) | Route

Duration: ☐ Entire School Year ☐ Other ______________________________

Are there any Restrictions/Precautions? ____Yes ____No

If yes, what and how long? ____

☐ Yes ☐ No If above medication is an inhaler, epinephrine, insulin, or glucagon, and the student is capable of self-administration, do you recommend that this child carry his/her own medication?

Allergies – Medication/food/other: (Please list) ______________________________

______________________	______________________	______________	__________
Printed Name of Practitioner	Practitioner's Signature	Telephone Number	Date
		______________ FAX	

Rev. 5/12

CONDADO DE EL PASO
SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES – PERMISO DE MEDICAMENTOS
ORDEN ESCRITA DEL MEDICO/CONSENTIMIENTO DEL PADRE

Si es necesario administrar algún medicamento y/o un procedimiento de cuidado de salud al estudiante durante el horario regular escolar por alguna enfermedad o incapacidad, es necesario que el Distrito reciba lo siguiente:

1. Una declaración de Orden Escrita del Médico/Consentimiento del Padre con fecha del año escolar ACTUAL firmada por el padre, tutor legal, u otra persona con autoridad legal para el estudiante y firmada por el médico con licencia para practicar medicina en el Estado de Texas. (Exención: Militares de los E.U.)
2. El recipiente original con la etiqueta de receta de un farmacéutico registrado con licencia para practicar en los Estados Unidos, con fecha actual, nombre del estudiante, dosis que ha de ser administrada, hora y vía de administración.
3. No se le permite al estudiante llevar consigo su propio medicamento o administrarse su medicamento, a menos que sea ordenado por el médico. **(Los estudiantes necesitan Permiso de los Padres y una Orden por Escrito del Médico, para traer en su persona Inhalantes, EpiPen, o insulina.)**
4. Se han de administrar SOLO los medicamentos y/o los procedimientos de cuidado de salud prescritos por escrito del médico con licencia para practicar medicina en los Estados Unidos. Los artículos mencionados a continuación no serán administradas por ningún personal escolar: medicamento prescrito y/o comprado en países extranjeros.

TODAS LAS ENFERMERAS DONDEQUIERA QUE SEAN EMPLEADAS DEBERÁN OBSERVAR LA LEY QUE REQUIERE QUE TENGAN UNA ORDEN POR ESCRITO DEL MEDICO ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER MEDICAMENTO.

AL FIN DEL AÑO ESCOLAR, TODOS LOS MEDICAMENTOS NO RECLAMADOS SERÁN DESTRUIDOS EL ÚLTIMO DÍA DE CLASES.

SE DEBE COMPLETAR POR EL PADRE Y REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA ESCOLAR

Nombre del Estudiante____ FECHA DE NACIMIENTO ____________ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ____________

Yo, ________________________________, doy permiso para que se le administre a mi hijo el medicamento aquí mencionado, según la orden del médico. Por la presente doy mi consentimiento para que se comparta e intercambie la información contenida en el expediente médico de mi hijo.

☐ Sí ☐No Autorizo a mi hijo que cargue en su persona su inhalante, EpiPen, y/o insulina, según las ordenes del médico.
☐ Sí ☐No Autorizo que se le administre a mi hijo su inhalante/medicamento por personal escolar capacitado.

______________________ ______________________ ______________ ______________________ __________
Firma del Padre/Tutor Legal | Número de Teléfono, Hogar | Celular/Beeper | Número de Teléfono –Trabajo | Fecha

(SE DEBE COMPLETAR LA PARTE DE ABAJO POR UN MEDICO CON LICENCIA PARA PRACTICAR MEDICINA EN LOS ESTADOS UNIDOS)

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER

Diagnosis: ____

Medication #1 ____
Name | Strength | Dose | Time (at school) | Route

Duration: ☐ Entire School Year ☐ Other ____

Medication #2 ____
Name | Strength | Dose | Time (at school) | Route

Duration: ☐ Entire School Year ☐ Other ____

Are there any Restrictions/Precautions? ____Yes ____No

If yes, what and how long? ____

☐ Yes ☐No If above medication is an inhaler, epinephrine, insulin, or glucagon, and the student is capable of self-administration, do you recommend that this child carry his/her own medication?

Allergies – Medication/food/other: (Please list) ________________________________

______________________ ______________________ ______________ __________
Printed Name of Practitioner | Practitioner's Signature | Telephone Number | Date

____
FAX

Rev 5/12