

**Richmond County Schools
MEDICATION OR PROCEDURE ORDER FORM**

STUDENT NAME: _____ D.O.B: _____

SCHOOL: _____ GRADE/TEACHER: _____

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER

DIAGNOSIS: _____

MEDICATION / PROCEDURE: _____

DOSAGE: _____ ROUTE: _____

TIME OF ADMINISTRATION: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

DATES TO BE PERFORMED (Maximum of 1 year): _____

FOR SELF-ADMINISTRATION

YES NO - Student has demonstrated understanding of and ability to self-administer above medication for asthma, diabetes, or anaphylactic reaction and may carry and self-administer as prescribed.

PRESCRIBED BY: _____ DATE: _____

(Signature of Healthcare Provider)

Print name: _____ Providers Phone #: _____

PERMISO DEL PADRE/TUTOR

Yo autorizo a los empleados designados a administrar los medicamentos/procedimientos prescritos que se han especificados anteriormente. Yo exonero a la Junta Escolar y a sus representantes y empleados de algún tipo de responsabilidad por cualquier situación debido a la administración del medicamento especificado en esta forma. Autorizo al personal escolar y al de la oficina médica a que compartan información con relación a la salud del estudiante mencionado en esta forma.

Firma del padre o encargado: _____ Tel: _____ Fecha: _____

School Nurse Signature _____ Date: _____