

MEDICATION AUTHORIZATION
Orange County Schools

HEALTH CARE PROVIDER: COMPLETE ALL ITEMS IN BOLD

Student's Name: _____ **Date of Birth:** ___/___/___

School: _____ **Telephone:** _____ **FAX:** _____

Medication: _____ **Dosage:** _____ **Route:** _____ **Frequency:** _____

Time(s) medication is to be given: _____ **Dates to be given from:** ___/___/___ to ___/___/___
(Medication authorization will be in effect for one calendar year unless otherwise specified.)

Purpose of medication: _____

Side Effects/Contraindications: _____

Some medications may be self-administered at school and/or on a field trip. If appropriate, I consider this student to have the maturity and knowledge to self-administer his/her medication. ___Yes___ No

Health Care Provider's Signature: _____ **Date:** ___/___/___

Health Care Provider's Name/Title (print): _____ **Telephone:** _____

PERMISO DE LOS PADRES

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo (nombrado arriba) reciba medicamentos de acuerdo con la política 6125 de OCS, administrando medicamentos a los estudiantes. Todos los medicamentos, incluidos los productos de venta libre, han sido recetados por un proveedor de atención médica con licencia. Los medicamentos se suministrarán en las botellas actuales con la etiqueta de la farmacia con información identificativa y llevadas a la escuela por los padres/tutores. Asumo toda la responsabilidad de informar a la escuela de cualquier cambio en la salud y/o medicación de mi hijo. Estoy de acuerdo en que la dosificación de la medicación no puede ser cambiada sin la orden del médico. Además, por la presente libero a la junta escolar y a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo tome el medicamento recetado.

Nota: entiendo que algunos medicamentos de emergencia pueden ser auto-transportados y administrados. Además, la medicación programada puede ser autoadministrada bajo supervisión mientras viaja en un viaje de campo. Si es apropiado, considero que mi estudiante tiene la madurez y el conocimiento para auto-administrar su medicación y entender que el sistema escolar no puede asumir ninguna responsabilidad por el monitoreo de la auto-administración. Asumo la responsabilidad de asegurar que mi hijo/a lleve y tome su medicación según lo ordenado. Antes de la aceptación de un medicamento autoadministrado en el campus, la enfermera de la escuela debe determinar la madurez y conocimiento del estudiante, así como revisar/asegurar el cumplimiento del Protocolo de OCS. Las escuelas pueden revocar este privilegio si el estudiante resulta ser irresponsable o incapaz. **Con estos hechos en mente, doy permiso para que mi hijo/a autoadministre la medicación:** ___sí___ no

Firma del padre/guardián: _____ **teléfono:** _____ **fecha:** ___/___/___

-----**(SCHOOL USE ONLY)**-----

Reviewed/Received by: _____ (School Nurse's Signature) _____ (Date)

MEDICATION CHECK-IN & SIGN-OUT LOG

Date	Medication	Amt. Rec'd	Received by (signature)	Received from (signature)

Drug Disposal Method: ___ Remainder of Medication Retrieved **Date:** ___ **Initials:** ___
 ___ NA - No drug supply remained **Date:** ___ **Initials:** ___
 ___ Disposed per OCS procedure **Date:** ___ **Initials:** ___

**MEDICATION AUTHORIZATION
Orange County Schools**

MEDICATION AUTHORIZATION FOR SELF-ADMINISTRATION

Protocol:

1. The health care provider, parent and student must complete and sign the Medication Authorization form on an annual basis.
2. The school nurse, in consultation with the principal, is the final judge of the student's compliance with these guidelines in the school.
3. Self-administration of medication shall comply with OCS Policy 6125 and accompanying procedure.
4. The student must demonstrate sufficient maturity and knowledge to use the medication safely and correctly.

Student Section:

My health care provider, parent/legal guardian, and I agree that I have sufficient maturity and knowledge to use the medication (named on this form) safely and correctly. I agree to:

- have my medication readily available with the help of my parent/legal guardian
- keep the medication in my possession at all times and not leave it in a place accessible to other students, nor allow or offer any use to other students
- use medication in a responsible manner, in accordance with my health care provider's orders
- notify the school office or school nurse if I am having more difficulty than usual with my health condition

Student Signature: _____ Date: ___/___/___

SCHOOL NURSE USE ONLY

Review with Student:

- _____ Demonstrates correct use/administration of medication
- _____ Recognizes need for and proper timing for medication as prescribed by health care provider
- _____ Identifies a proper location and method to carry medication
- _____ Knows health condition well
- _____ Keeps a second labeled container in med cart or nurse's office (as indicated)
- _____ Review Emergency Action Plan (as indicated)

Final Consent to Allow Self-Administration of this Medication:

- _____ Self-administration is not an option for this student or this medication
- _____ Self-administration under supervision may occur on field trips
- _____ Self-administration is appropriate for this student and this medication

School Nurse Signature: _____ Date: ___/___/___