

**Medication Administration Permission for School and Child Care**

The parent/guardian of \_\_\_\_\_ ask that school/child care staff give the  
(Child's name)  
following medication \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_  
(Name of medicine and dosage) (Time(s))  
to my child, according to the Health Care Provider's signed instructions on the lower part of this form.

**Prescription medications** must come in a container labeled with: child's name, name of medicine, time medicine is to be given, dosage, date medicine is to be stopped, and licensed health care provider's name. Pharmacy name and phone number must also be included on the label.

**Over the counter medication** must be labeled with child's name. Dosage must match the signed health care provider authorization, and medicine must be packaged in original container.

The Program agrees to administer medication prescribed by a licensed health care provider with prescriptive authority. The parent agrees to pick up expired or unused medication within one week of notification by staff. All medication(s) that are left at the school will be discarded according to the most current state regulatory recommendations for safe medication disposal.

*By signing this document, I give permission for my child's health care provider to share information about the administration of this medication with the nurse or school staff delegated to administer medication.*

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian's Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Work Phone

\_\_\_\_\_  
Home Phone

\*\*\*\*\*  
**Health Care Provider Authorization**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_

To be given at the following time(s): \_\_\_\_\_ Special Instructions: \_\_\_\_\_

Purpose of medication: \_\_\_\_\_ Side effects to be reported: \_\_\_\_\_

Starting Date: \_\_\_\_\_

Ending Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Health Care Provider with Prescriptive Authority

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Name of Health Care Provider

\_\_\_\_\_  
Phone

\_\_\_\_\_  
Fax Number

\_\_\_\_\_  
School Nurse or Child Care Health Consultant signature

\_\_\_\_\_  
Date

# Permiso de Administración de Medicamentos para la Escuela y la Guardería

El padre/guardián de \_\_\_\_\_ al que se le pide que el personal de la  
(Nombre del estudiante)  
escuela/guardería le suministre el siguiente medicamento \_\_\_\_\_  
(Nombre del Medicamento y Dosis)

a las \_\_\_\_\_ a mi hijo/a, de acuerdo con las instrucciones firmadas por su  
(Hora)  
proveedor de salud en la parte de abajo de este formulario.

**Medicamento de prescripción** debe venir en un contenedor marcado con: el nombre del niño, nombre de la medicina, tiempo en que se proporciona la medicina, dosis, fecha en la que se debe detener la medicina, y el nombre del proveedor de salud autorizado. El nombre de la farmacia y el número de teléfono también deben estar incluidos en la etiqueta.

**Medicamentos sin prescripción** deben estar marcados con el nombre del niño/a. La dosis debe coincidir con la autorización firmada por el proveedor de salud médica, y la medicina debe estar empacada en su contenedor original.

El programa acuerda administrar la medicina prescrita por el proveedor de salud médica autorizado. El padre acuerda recoger medicina que esté vencida o que no se use, en el periodo de una semana después de ser notificados por el personal. Todos los medicamentos que sean dejados en la escuela serán desechados de acuerdo con las normativas estatales vigentes para la eliminación segura de medicamentos.

*Por medio de firmar este documento, doy mi permiso al proveedor de cuidado de salud médica para compartir información acerca de la administración de este medicamento con la enfermera o el personal de la escuela delegado a suministrar el medicamento.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa

\*\*\*\*\*

## Autorización del Proveedor de Salud Médica

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Cumpleaños: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_

Ser dado en el/los siguiente(s) tiempo(s): \_\_\_\_\_ Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_

Propósito del Medicamento: \_\_\_\_\_ Efectos Secundarios a ser reportados: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor de Salud con Autorización de Prescripción

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito del proveedor de salud

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Número del Fax

\_\_\_\_\_  
Firma de la enfermera de la escuela o Consultor de Salud de la guardería

\_\_\_\_\_  
Fecha