



## MEDICATION PROCEDURES

The West York Area School District recognizes parents have the primary responsibility for the health of their children. Although the school nurses strongly recommend medication be given in the home, we realize that some children have health issues that require them to receive medication while in school.

Parents should confer with the child's physician to arrange medication time intervals to avoid school hours whenever possible. When medication must be given during school hours, procedures must be followed.

### **For any medications to be administered at school, the following procedures apply:**

1. A written order must be provided by a prescribing physician for any medication to be administered at school.
2. The parents must sign the consent form for any medication to be administered at school.
3. For any medication to be given during school hours, the doctor's order must contain:
  - a. Name of the drug.
  - b. Why the medication is to be given.
  - c. The route, time, frequency, or under what conditions the medication should be administered.
  - d. Dosage of medication.
  - e. Date medications are to be discontinued.
  - f. If applicable, signed permission for the student to self-administer asthma inhalers.
4. A medication log will be kept for any child receiving medication during school hours.
5. Students are not permitted to carry medication to school (this will include over-the-counter medication). All medications must be delivered to school by the parent or guardian.
6. The medication must be brought to school in the original container.
7. Any changes to medication administration must be accompanied by a doctor's order.
8. Students with the following conditions may carry medication with a physician's order.
  - a. Asthmatics – inhalers
  - b. Diabetics – insulin or oral medication, supplies, glucose tabs
  - c. Severe Allergies – Epi-Pen
9. **All medications must be picked up by a parent or guardian by the last day of school or the medicine will be discarded. Medications cannot be held over the summer months or sent home with children.**

Ultimate care of an ill or injured student while under the jurisdiction of the school (including travel to and from school or while in school), is still the responsibility of the parent. Therefore, no employee of the school system has the authority to refer medical or surgical care to any doctor or institution. This choice is up to the parent or guardian, with the only exception to occur in emergency situations.

**Request for Medication Administration**

It is a procedure of the West York Area School District to administer medications during school hours *only when absolutely necessary*.

***All medications require a written order from a physician.***

Medication that is prescribed to be given during school hours must be provided from home *in the original labeled container*. The school district does not provide any medications.

Students are not permitted to carry medication to school. Parents/guardians must deliver all medications, including over the counter medications. Please refer to the medication administration procedure.

I give my permission for the following prescribed medication to be administered to my child at school.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

Self-administration of Asthma Inhalers

*I give my child permission to self-administer an asthma inhaler **as prescribed by the attached doctor's order**. My child has been properly instructed how and when to self-administer the medication. I acknowledge that the West York Area School District and/or its employees are not responsible for ensuring the medication is taken and I shall hold the district and its employees harmless.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**\* Please attach a written order from the doctor, or have the doctor fill out the form below.**

\_\_\_\_\_  
Name of Child

\_\_\_\_\_  
Name of Medication / Condition for which it is prescribed

\_\_\_\_\_  
Dosage Amount

\_\_\_\_\_  
Route

\_\_\_\_\_  
Time / Frequency of dosage

\_\_\_\_\_  
Possible side effects / Discontinuation date

\_\_\_\_\_  
Physician's Name / Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO

El Distrito Escolar de Area de York Occidental reconoce que los padres tienen la responsabilidad principal para la salud de sus niños. Aunque las enfermeras escolares recomiendan el tratamiento enérgicamente sea dado en la casa, nos damos cuenta de que algunos niños tienen asuntos de salud que exigen que ellos reciban el tratamiento mientras están en la escuela.

Los padres deben conferenciar con el médico del niño para organizar los intervalos de tiempo de tratamiento para evitar las horas de la escuela mientras sea posible. Cuando el tratamiento debe ser dado durante las horas de la escuela, los procedimientos deben ser seguidos.

### **Para cualquier tratamientos que sea administrado en la escuela, los siguientes procedimientos aplicarán;**

1. Una orden escrita debe ser proveído por un médico recetando para cualquier tratamiento para ser administrado en la escuela.
2. Los padres deben firmar el formulario de consentimiento para cualquier tratamiento administrados en la escuela.
3. Para que cualquier tratamiento sea dado durante las horas de la escuela, la orden del doctor debe contener:
  - a. Nombre de la droga.
  - b. Por qué el tratamiento ha de ser dado.
  - c. La ruta, el tiempo, la frecuencia, o bajo qué condiciones debe ser administrado el tratamiento.
  - d. Dosage del tratamiento.
  - e. La fecha que los tratamientos son interrumpidos.
  - f. Si aplicable, el permiso firmado para que el estudiante administre su inhalers del asma.
4. Un diario de tratamiento será llevado para cualquier niño recibiendo el tratamiento durante las horas de la escuela.
5. Los estudiantes no son permitidos llevar medicamento a la escuela (esto incluirá medicamento sin receta). Todos tratamientos deben ser dados a la escuela por el padre o el tutor.
6. El tratamiento debe ser traído a la escuela en el recipiente original.
7. Cualquier cambios para administración de tratamiento deben ser acompañados por la orden de un médico.
8. Los estudiantes con las condiciones siguientes pueden llevar medicamento con la orden de un médico.
  - a. Asmáticos - inhalers
  - b. Diabéticos - insulina o el tratamiento oral, los suministros, los tabuladores de glucosa
  - c. Las alergias graves - Epi - pluma
9. **Todos tratamientos deben ser recogidos por un padre o tutor por el último día de la escuela o la medicina será descartada. Los tratamientos no pueden guardarse durante los meses de verano o enviados a casa con los niños.**

El cuidado final de un estudiante enfermo o lastimado mientras bajo la jurisdicción de la escuela (incluir el viajar a la escuela y desde escuela a casa), todavía es la responsabilidad del padre. Por lo tanto, ningún empleado del sistema de la escuela tiene la autoridad de referir el cuidado médico o quirúrgico a cualquier doctor o institución. Esta elección es de los padre o el tutor, con la única excepción ocurrir en las situación de emergencia.

**PEDIDO PARA ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO**

Es un procedimiento del Distrito Escolar de Área de York Occidental para administrar los tratamientos durante las horas de la escuela *solamente cuando es completamente necesario*.

**Todos los medicamentos requieren una orden por escrito de un médico.**

El tratamiento que es prescrito para ser dado durante las horas de la escuela debe ser proveído de casa *en el recipiente etiquetado original*. El distrito escolar no provee ningún tratamiento.

Estudiantes no son permitidos llevar medicamento a la escuela. Los padres / tutores deben entregar todos tratamientos, incluyendo medicamento sin receta. Por favor haga referencia al procedimiento de administración de tratamiento.

Doy mi permiso para los siguientes tratamiento recetado de ser administrado a mi niño en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma de Pariente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Propia - administración de Inhalers de asma  
*Doy el permiso a mi niño de propia - administrar de un inhaler de asma como prescrito por la orden del médico. Mi niño ha sido enseñado cómo y cuándo de propia- administrar el tratamiento apropiadamente. Reconozco que el Distrito Escolar de Área de York Occidental y/o sus empleados no son responsables de asegurar que el tratamiento es tomado y sujetaré el distrito y sus empleados inofensivos.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Pariente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Por favor adjunte una orden escrita del médico, o que el médico llene el formulario abajo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de Niño

\_\_\_\_\_  
Nombre del Medicamento / Condición para que es recetado

\_\_\_\_\_  
La Cantidad de Dosis

\_\_\_\_\_  
Ruta

\_\_\_\_\_  
Tiempo / Frecuencia de la dosis

\_\_\_\_\_  
Los efectos secundarios / Fecha de Discontinuation

\_\_\_\_\_  
El nombre / Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha