



Chelsea Public Schools

School Health Program

Release of Information

I hereby authorize the exchange of information between:

Name of Health Services Provider and/or Agency

and the Chelsea Public Schools in regards to:

Name of Child and Date of Birth

Street and House or Apartment Number Address

This authorization is valid for one calendar year. It will expire on _____ [insert date].

I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting written notice of the withdrawal of my consent. I recognize that health records, once received by the school district, may not be protected by the HIPAA Privacy Rule, but will become education records protected by the Family Educational Rights and Privacy Act. I also understand that if I refuse to sign, such refusal will not interfere with my child's ability to obtain health care.

Name of Parent/Guardian

Parent/Guardian Signature

Date





Chelsea Public Schools

School Health Program

Permiso para compartir información Release of Information

Por la presente autorizo el intercambio de información entre:

Nombre del proveedor de salud o agencia

Y las escuelas públicas de Chelsea en relación a:

Nombre del niño y fecha de nacimiento

Dirección: calle y número del lugar de residencia

Este permiso es válido por un año calendario. Expira en _____ [fecha].

Yo entiendo que podré revocar este permiso en cualquier momento sometiendo una nota escrita para anular mi consentimiento. Yo reconozco que los récords de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, podrán no ser protegidos por las regulaciones de privacidad bajo HIPAA Privacy Rule, pero se convertirán en récords educativos protegidos bajo regulaciones del Family Educational Rights and Privacy Act. Además entiendo que si me niego a firmar este consentimiento, esto no interferirá con los servicios de salud al que mi hijo tendrá acceso en caso de necesidad.

Nombre del padre o guardián

Firma del padre o guardián y fecha del día que es firmado



CHELSEA PUBLIC SCHOOLS

School Health Program

PARENT/GUARDIAN CONSENT FOR MEDICATION ADMINISTRATION

General Information

Name of Student _____ Grade _____ Date of Birth _____

Name of Parent/Guardian _____

Address _____

Telephone Number (Home) _____ Cell/Work _____

Emergency Contacts (If you cannot be reached)

Name _____ Telephone Number _____

Relationship _____

My son/daughter is currently receiving the following medications (to be completed if **not** in violation of confidentiality). Please list all medications the child is receiving.

My son/daughter is known to have the following allergies _____

CONSENT

I give permission to have the school nurse or school personnel designated by the school nurse to give the following medication _____ prescribed by _____
name of medication

_____ to _____
Name of Licensed Prescriber Student Name

- I give permission for my son/daughter to self-administer medication if the school nurse determines it is safe and appropriate. Yes _____ No _____
- I give permission to the school nurse to share with appropriate school personnel information relative to the prescribed medication administration (for example adverse side effects) as s/he determines necessary for my child's health and safety.

Yes _____ No _____ Any Restrictions on Release _____

I understand that I may retrieve the medicine from the school at any time and that the medicine will be destroyed if it is not picked up within two weeks following termination of the order or beyond the close of school.

Signature of Parent/Guardian _____

Relationship to Student _____ Date _____

ESCUELAS PÚBLICA DE CHELSEA

Programa de Salud Escolar

PADRE/GUARDIAN CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre/Guardian _____

Dirección _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Contactos en Caso de Emergencia

Nombre _____ Teléfono _____

Relación con el niño/a _____

Mi hijo/a esta tomando actualmente las siguientes medicinas (completar solamente si no está en violación de confidencialidad). Por favor escriba todas las medicinas que el niño/a toma incluyendo las que toma durante horas de escuela.

Mi hijo/a tiene alergia a lo siguiente _____

PERMISO

Doy permiso para que la Enfermera de la escuela o personas designadas por la escuela den la siguiente medicina
(Nombre de la Medicina) _____a
recetada por _____
(Nombre del Médico)

(Nombre del Estudiante)

1. Doy permiso para que mi hijo/a se tome la medicina él/ella misma si la enfermera de la escuela determina que es seguro y apropiado. Si _____ No _____
2. Doy permiso para que la enfermera de la escuela de información de la medicina recetada a Personal apropiado de la escuela) por ejemplo, efectos adversos de la medicina) o como ella determine necesario por la salud y seguridad de mi hijo.
Si _____ No _____ Restricciones en el Permiso _____

Entiendo que puedo recoger la medicina cualquier día, y que si la medicina no se recoge en una semana después de haber terminado o una semana después de cerrar la escuela la medicina será destruida.

(Firma del Padre/Guardián)

(Fecha)

CHELSEA PUBLIC SCHOOLS

School Health Program

Field Trip Medication Permission Form

My child _____, receives daily prescription or as needed
Name of Child

medication during the school day.

Please list the names of the medications, the dose, and the time the medications should be given to your child during the school day. I understand that the medications sent on field trips are taken from my child's supply of medications kept in the school health office.

Medication Dose Time

Medication Dose Time

Medication Dose Time

Medication Dose Time

I give permission for _____ to administer medication to my child
Name of School Staff

during the field trip on _____
Date of Field Trip

Name of Parent/Guardian _____

Signature of Parent/Guardian _____

Date Signed _____

This form provides permission to give your child his/her medication on all school field trips for the CURRENT SCHOOL CALENDER YEAR.

ESCUELAS PÚBLICA DE CHELSEA

Programa de Salud Escolar

Forma de Permiso para Medicamento Excursión

Mi hijo/a _____ recibe diario receta o según sea
Nombre de Nino

necesario medicamento durante el día escolar.

Por favor enumere los nombres de los medicamentos, la dosis y la hora que debe ser administrada la misma durante el horario escolar. Entiendo que los medicamentos enviados en la excursión son del suministrar de mi hijo/a que se mantienen en la oficina de salud escolar.

Medicina Dosis Hora administrada

Medicina Dosis Hora administrada

Medicina Dosis Hora administrada

Medicina Dosis Hora administrada

Doy permiso a _____ para administrar la medicina
Nombre del Personal de la Escuela

a mi hijo/a durante la excursión el día _____.

Fecha de la Excursión

Nombre del Padre/Encargado _____

Firma del Padre/Encargado _____

Fecha de la Firma _____

Esta forma pr vıda permiso para dar la medicina a su hijo/a en todas de la excursiones durante del ANO ESCOLAR EN CURSO

CHELSEA PUBLIC SCHOOLS

School Health Program

Medication Order

To be completed by a prescribed Physician Nurse Practitioner or Person Authorized by Ch. 97C

Name of Student _____ Date of Birth _____

Address _____

Grade _____

Medication _____ Dosage _____

Frequency _____ Route of Administration _____

Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours.

Specific directions for administration _____

Date of Order _____ Discontinuation Date _____

Diagnosis* _____

Any other medical condition(s)* _____

Optimal Information

1. Side effects, contraindications, or possible adverse reactions to be observed:

2. Other medication taken by student:* _____

3. The date of next scheduled visit or when advised to return to prescribe: _____

4. Consent for self-administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate). Yes _____ No _____

Signature of Licensed Provider

Date

*If not in violation of confidentiality

