

Policy on Dispensing Medication during School Hours

1. The policy of the Board of Education does not authorize personnel to purchase medicine to give to a student.
 2. **Prescription medication** must have written permission from the parent and physician and must include the pharmacy label with student's name, doctor's name, name of medication, instructions for dispensing (amount of dose and time to be given) and prescription number. It must be in the original container. **Over the counter medications must be in the original container. To be given by the nurse it must have written permission from the parent and physician. OTC medication that does not have written permission from a physician will be administered by a trained staff member appointed by the principal.** *Medicine given over 5 consecutive days must have written permission from the doctor.* If medicine does not meet BISD policy, the medicine can be destroyed after 2 weeks.
 3. Students are not allowed to keep medication on their person except emergency medication (see below).
 4. All medication can only be dispensed by the nurse or other designated employee in her absence.
 5. Herbal or dietary supplements can only be given if FDA approved.
 6. Medication that has expired or is not picked up by the parent at the end of the school year will be destroyed.
 7. Please see the school nurse should you have questions, or refer to the student handbook.
 8. Rx Medication that is prescribed 3 times a day or less should be given at home unless specified by the doctor.
-

Request for Administration of Medication during School Hours

Date: _____

Student's Name: _____ Birth Date _____ School: _____

Condition for which drug is to be given: _____ Drug Allergies _____

Name of Medication: _____

Dosage: _____ Frequency: _____

Form of Medication: ☐ tablet ☐ pill ☐ capsule ☐ liquid ☐ inhalation ☐ other

Drug Allergies/Remarks/Special Instructions/Side Effects _____

This child has permission to self carry this emergency medication and has demonstrated the skill necessary to self administer this med. To self carry (healthcare provider initials)

This is permission to give non prescription and/or prescription medication to my child named above. I understand that I am giving consent for the school nurse to discuss any concerns regarding this medication with the healthcare provider whose signature appears on this document in order to monitor the healthcare needs of my child.

Signature of Parent or Guardian

Telephone# _____ Date: _____

Physician/Adv Prac Name & Number

Physician/Advanced Practice Signature

Nurse Signature

Updated 7-2024

Política sobre la dispensación de medicamentos durante el horario escolar

1. La política de la Junta de Educación no autoriza al personal a comprar medicamentos para dárselos a un estudiante.
2. **Prescripción médica** debe tener permiso por escrito de los padres y del médico y debe incluir la etiqueta de la farmacia con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre del medicamento, las instrucciones de dispensación (cantidad de dosis y hora a administrar) y el número de receta. Debe estar en el envase original. **Medicamentos sin receta deben estar en el envase original. Para ser administrado por la enfermera debe tener permiso por escrito de los padres y del médico. Los medicamentos de venta libre que no tengan permiso escrito de un médico serán administrados por un miembro del personal capacitado designado por el director.** *El medicamento administrado durante 5 días consecutivos debe tener escrito el permiso del médico.* Si el medicamento no cumple con la política de BISD, puede destruirse después de 2 semanas.
3. A los estudiantes no se les permite llevar medicamentos consigo, excepto medicamentos de emergencia (ver más abajo).
4. Todos los medicamentos solo pueden ser dispensados por la enfermera u otro empleado designado en su ausencia.
5. Los suplementos a base de hierbas o dietéticos solo se pueden administrar si están aprobados por la FDA.
6. Los medicamentos que hayan expirado o que los padres no hayan recogido al final del año escolar serán destruidos.
7. Por favor, consulte a la enfermera de la escuela si tiene preguntas o consulte el manual del estudiante.
8. Los medicamentos recetados 3 veces al día o menos deben administrarse en casa, a menos que el médico lo especifique.

.....
Solicitud de administración de medicamentos durante el horario escolar Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Colegio:** _____

Condición para la que se administrará el fármaco: _____ **Alergias a medicamentos:** _____

Nombre de la medicación: _____

Dosis : _____ **Frecuencia:** _____

Forma de medicación: ☐ tableta ☐ pildira ☐ ca ☐ la ☐ liqui ☐ inhal ☐ n
otra

Alergias a medicamentos/Observaciones/Instrucciones especiales/Efectos secundarios: _____

Este niño tiene permiso para llevar por sí mismo este medicamento de emergencia y ha demostrado la habilidad necesaria para administrarse este medicamento. **Para llevar (iniciales del proveedor de atención médica)**

Medico /Nombre de Práctica Avanzada

Medico /Nombre de Práctica Avanzada Firma

Firma de la Enfermera