SANTO ISD

GUIDELINES FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION & SPECIALIZED HEALTH CARE PROCEDURES AT SCHOOL

If possible, it is best for all medication to be given at home. If necessary, medication will be given at school with the following provisions:

1. All prescription and nonprescription medication and equipment needed for administration of medicine must be:
   - renewed yearly with parental permission slip.
   - in its original, properly labeled container. (No baggies will be accepted.) Pharmacies can provide two bottles for this purpose.
   - the same medication name, dose and frequency on the pharmacy label.
   - placed in a locked cabinet in the nurse's office.
2. Prescription medication, medical equipment including syringes, needles and sharps must be accompanied by health care provider's orders and written parental permission slips. Please speak with the nurse if your student requires long-term medication or any special health care procedure or monitoring.
3. All daily medications prescribed for more than 14 consecutive days require a health care provider's order and written parental permission. Health care provider's order and parental permission slip must be renewed annually. Also, new health care provider's orders and written parental permission must accompany any changes during the school year.
4. Herbal medications, dietary supplements and other nutritional aids not approved by the FDA may not be administered at school. (exception IEP)
5. If deemed medically necessary, a student with asthma or anaphylaxis may be permitted to carry a prescribed and properly labeled asthma or anaphylaxis medication on his/her person only with a health care provider's order stating such and written parental permission on file with the nurse. The student must demonstrate to his or her health care provider and to the school nurse the ability to use the prescribed medication, including any device required to administer the medication.

Student Name _____ Date of Birth_____

School _____ Grade _____ Teacher _____

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Name of **Medication and Strength:**_____

Reason for medication**:** _____

Instructions (schedule and dose to be given at school)**:** _____

Start: date form received _____ **Stop:** end of school year _____

Special considerations, restrictions and/or important side effects: _____ None anticipated

If Yes (please describe): _____

If the above mentioned is an inhaler or anaphylactic medication:

This student is both capable and responsible for self-administering this medication: Yes No

This student may carry this medication with them at all times: Yes No

Health Care Provider's Name (please print) _____

Telephone Number_____ Fax Number _____

Health Care Provider's Signature_____ _____ Date _____

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN:

I give permission as the parent/guardian of student _____to receive the above mentioned medication at school and at all school-related activities, including study trips, and road trips. I release the school from any liability for damages resulting from allergic reaction following administration of any medication described above. The school nurse has my permission to exchange health information with any health care provider.

Parent/Guardian Name (please print) _____ Phone _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Revised 07/21/2020

SANTO ISD
PROCEDIMIENTOS PARA LA LADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
Y CUIDO ESPECIALIZADO DE LA SALUD EN LA ESCUELA

Cuando sea posible, los medicamentos se deben tomar en casa. Si es necesario, se administran los medicamentos en la escuela conforme a los siguientes lineamientos:

1. Todos los medicamentos con o sin prescripción médica y equipo para su administración tienen que:
   - renovado anualmente con el permiso de los padres.
   - en su envase original, debidamente etiquetado. (No se aceptarán bolsas). Las farmacias pueden proporcionar dos botellas para este propósito.
   - el mismo nombre de medicamento, dosis y frecuencia en la etiqueta de la farmacia.
   - colocado en un armario cerrado en la oficina de la enfermera
2. Los medicamentos recetados, el equipo médico, incluidas las jeringas, las agujas y los objetos punzantes deben ir acompañados de las órdenes del proveedor de atención médica y los recibos de permiso por escrito de los padres. Hable con la enfermera si su estudiante requiere medicamentos a largo plazo o algún procedimiento especial de atención médica o monitoreo.
3. Todos los medicamentos diarios recetados por más de 14 días consecutivos requieren una orden del proveedor de atención médica y un permiso por escrito de los padres. La orden del proveedor de atención médica y la hoja de permiso de los padres deben renovarse anualmente.

Además, las nuevas órdenes del proveedor de atención médica y el permiso por escrito de los padres deben acompañar cualquier cambio durante el año escolar.

4. No se pueden administrar medicamentos a base de hierbas, suplementos dietéticos y otras ayudas nutricionales no aprobadas por la FDA en la escuela. (excepción IEP)
5. Si se considera médicamente necesario, a un estudiante con asma o anafilaxia se le puede permitir llevar un medicamento recetado y debidamente etiquetado para el asma o la anafilaxia en su persona solo con una orden del proveedor de atención médica que indique tal permiso escrito de los padres en el archivo con la enfermera. El estudiante debe demostrar a su proveedor de atención médica y a la enfermera de la escuela la capacidad de usar el medicamento recetado, incluido cualquier dispositivo requerido para administrar el medicamento..

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
Escuela_____ Grado _____ Maestro(a)_____

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD

Medicamento y Fuerza:_____
Razón del medicamento: _____
Instrucciones (horario y dosis para la administración en la escuela):
_____
Comenzar: fecha recibida en la escuela _____ **Terminar:** fin del año escolar_____
Consideraciones especiales, restricciones y/o efectos secundarios: _____ Ninguno anticipado
Sí (describa, por favor): _____
Si lo mencionado arriba es un inhalante o medicamento anafiláctico:
Este estudiante es capaz y responsable para la administración autónoma de este medicamento: Sí No
Este estudiante puede llevar este medicamento consigo todo el tiempo: Sí No

Nombre del Proveedor de Servicios de Salud (letra de molde)_____
Tel. _____ Fax: _____
Firma del proveedor de atención médica _____ Fecha:_____

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES/TUTORES:

Doy permiso como padre/tutor del estudiante _____ que él/ella reciba el medicamento mencionado arriba conforme a la política de la escuela y en todas las actividades escolares, incluyendo paseos de estudio y de deporte. Libero a la escuela de toda responsabilidad por daños resultantes de la reacción alérgica después de la administración de cualquier medicamento que aparece arriba. La enfermera de la escuela tiene mi permiso de compartir información de salud con el proveedor de servicios de salud.

Padre/tutor (letra de molde) _____
Padre/tutor (firma) Fecha_____
Tel. del hogar: _____ Tel. del trabajo:_____ Tel. del cel. _____