



**Patchogue-Medford School District
Office of Student Health Services**

For School Personnel Only

Date Form Received: _____

Med Count at Drop Off: _____

Staff Initials: _____

**Autorización para Medicamentos
en la Escuela y Eventos Relacionados con la Escuela**

Nombre del estudiante: _____ **Fec. de Nac.:** _____ **Grado:** _____

Escuela: _____ **Maestro(a):** _____

Entiendo que:

- Todos los medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre (Tylenol, ibuprofeno, Tums, pastillas para la tos, etc.) requieren las órdenes, la firma y el sello de un proveedor de atención médica autorizado en este formulario.
- El medicamento debe estar en el envase original (no bolsitas, papel de aluminio, etc.) El farmacéutico puede proporcionar un duplicado del recipiente etiquetado para uso escolar. Los frascos de venta libre deben estar sin abrir y sellados.
- Todos los medicamentos deben ser traídos a la oficina de salud por un padre/tutor.
- Es responsabilidad de los padres informar a la escuela de cualquier cambio.
- Según la ley de NY, los medicamentos no utilizados que no se recojan antes del último día de clases se desecharán.

PHYSICIAN STATEMENT

I request that my patient listed above receive the following mediation:

Name of Medication: _____ Dosage: _____ Frequency: _____

Time(s) to be given: _____ Route: _____ Stop Medication on: _____

Condition Requiring Medication: _____

Possible Side Effects: _____

Known Allergies: _____

Level of Assistance Required (please see Guidelines for Determining Assistance in Medication Deliver):

☐ **NURSE DEPENDENT***

☐ **STAFF SUPERVISED**

☐ **INDEPENDENT****

* Exception – Non-licensed school staff may be trained to administer Epinephrine and Glucagon

** Do you attest that this student has they can self-administer the medication listed above at any school sponsored activity and staff intervention/support is only needed during an emergency: ☐ **YES** ☐ **NO**

I attest the student can self-carry the above medication effectively and independently: ☐ **YES ☐ **NO**

Prescriber's Name (print): _____

Prescriber's Signature: _____ Today's Date: _____

Prescriber's Stamp

** Estoy de acuerdo con mi proveedor de atención médica en que mi hijo(a) puede autoadministrarse este medicamento:

☐ **SÍ** ☐ **NO**

** Estoy de acuerdo con mi proveedor de atención médica en que mi hijo(a) puede llevar este medicamento por sí mismo:

☐ **SÍ** ☐ **NO**

Nombre del Padre/Tutor: _____

Número de teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

La fecha de hoy: _____