Evergreen Park School District 124

Medication Authorization Form

PHYSICIAN'S ORDER

Student's Name _____ Date of Birth _____ Grade_____

Address_____ Telephone _____ School _____

Medication _____ Diagnosis _____ Dosage _____ Route_____

Purpose of Medication _____

Specific Time/Instructions_____

Possible Side Effects _____

Other medications prescribed for this student _____

Possible drug interactions _____

Physician's Name (please print) _____

Address _____ Telephone_____

Physician's Signature _____ Date _____

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION

Evergreen Park School District 124 and its employees and agents, are hereby authorized to administer to the above named student or to allow the self-administration of the lawfully prescribed medication described above. I further acknowledge and agree that when the lawfully prescribed medication is so administered I waive any claims against the School District and its agents/or employees, which might arise out of the administration of said medication. In addition, I agree to indemnify and hold harmless the School District, its employees and agents, either jointly or severally, from and against any and all claims, damages, causes of action or injuries including reasonable attorney's fees and costs expended in defense thereof, except for willful and wanton conduct incurred or resulting from the administration of said medication.

_____ _____

Parent/Guardian Printed Name Date

_____ _____

Parent/Guardian Signature Emergency Contact Number

FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO

ORDEN DEL MÉDICO

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado_____

Dirección_____ Teléfono_____ Escuela_____

Medicamento_____ Diagnóstico_____ Dosis_____ Ruta_____

Propósito del medicamento_____

Hora especifica/Instrucciones_____

Posibles efectos secundarios_____

Otros medicamentos prescritos para este(a) alumno(a)_____

Posibles interacciones del medicamento_____

Nombre del médico (Por favor con letra de molde) _____

Dirección_____ Teléfono_____

Firma del médico_____ Fecha_____

_____

AUTORIZACION DEL PADRE/TUTOR

Por medio de la presente autorizo a Evergreen Park School District 124 y a sus empleados y agentes que administren al arriba mencionado(a) alumno(a) o a que permitan que él/ella se auto administre el medicamento prescrito legalmente descrito anteriormente. Además reconozco y acepto que cuando el medicamento legalmente prescrito sea administrado, yo renuncio a cualquier reclamo contra el Distrito Escolar, sus agentes o empleados, que puedan surgir por la administración del mencionado medicamento. Además. Acepto indemnizar y eximir de toda responsabilidad al Distrito Escolar, sus empleados y agentes, ya sea conjunta o separadamente de toda y cualquier queja, daño, causas de acción o lesiones, incluyendo los honorarios razonables y costos en defensa del mismo a excepción de que sea una conducta deliberada y dolosa en que haya incurrido, o como resultado de la administración del dicho medicamento.

Nombre del padre/tutor (letra molde) : _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____