

En frente(doctor) y atrás (padres) deben llenar. Formas No completas NO serán aceptadas.

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ School Year: _____

Daily or PRN Medications (one daily medication and/or PRN medication order per sheet)				
Daily and PRN medications MAY NOT be self-administered or self-carried by students				
Diagnosis	Medication	Dosage	Route	Time(s) to give
Daily medication for:				
PRN medication for:				

Emergency Medications (may order multiple medications per sheet)				
Physician Authorization for Student to Self-Administer Emergency Medication ☐ Yes ☐ No Adult supervision is NOT needed. The student has been instructed in the treatment plan, self-administration for the listed medication(s), and has demonstrated the skill level necessary to self-administer the medication.				
Diagnosis	Medication	Dosage	Route	Time(s) to give
Allergic to:	☐ Diphenhydramine ☐ Other:	☐ 12.5 mg ☐ 25 mg ☐ Other:	By Mouth	☐ Upon Exposure ☐ Mild Reaction
Allergic to:	Epinephrine Auto Injector	☐ 0.15 mg ☐ 0.3 mg	Intramuscular	☐ Upon Exposure ☐ Severe reaction or more than 1 mild symptom ☐ If provided, repeat dose after 5 min. for continued symptoms
Seizures	☐ Diazepam ☐ Midazolam: ☐ Other:	☐ 5.0 mg ☐ 7.5 mg ☐ 10.0 mg ☐ 15.0 mg ☐ 20.0 mg ☐ Other:	☐ Intranasal ☐ By Mouth ☐ Buccal ☐ Rectal	☐ At onset of seizure ☐ Seizure > 5 min. ☐ Seizure > 10 min. ☐ Other:
Diabetes	☐ Glucagon: ☐ Other:	☐ 0.5mg ☐ 1.0mg ☐ 3.0mg	☐ Intramuscular ☐ Subcutaneous ☐ Intranasal ☐	If student is unable to safely swallow or becomes unconscious
Asthma: Yellow Zone	☐ Albuterol ☐ Other:	☐ 2 puffs ☐ 4 puffs	☐ Inhaler w/spacer if provided	☐ Every 4 hrs. as needed to relieve symptoms. ☐ Other:
Asthma: Red Zone Call 9-1-1 and Parent	☐ Albuterol ☐ Other:	☐ 4 puffs	☐ Inhaler w/spacer if provided	For emergency symptoms ☐ May repeat every 20 min. x 3 doses
Asthma: Additional instructions if needed	☐ Albuterol ☐ Other:	_____ puffs	☐ Inhaler w/spacer if provided	When to give:
Asthma: ☐ Symbicort ☐ Dulera	Yellow Zone: 1 puff inhaled every 5 min as needed for cough, wheeze, SOB, up to 4 puffs. Call parent/guardian if not improved after 4 puffs Red Zone: Call 911. Give 1 puff inhaled every 5 min. up to 12 puffs			

I CERTIFY THAT ADMINISTRATION OF THE PRESCRIBED MEDICATION(S) TO THE STUDENT DURING THE SCHOOL DAY IS NECESSARY TO MAINTAIN AND SUPPORT THE STUDENT'S CONTINUED PRESENCE IN SCHOOL OR AT SCHOOL SPONSORED EVENTS.

Physician/HCP Signature: _____ Name (printed): _____

Date: _____ Telephone: _____ Fax: _____

ESTUDIANTE : _____ FECHA DE NACIMIENTO : _____

Padre/ Tutor :

Entiendo que :

- Solo medicina de emergencia y de diabetes se puede administrar por sí mismo y/o llevar con sí mismo.
- Personal que no es personal con entrenamiento médico en la medicina .
- Es mi responsabilidad que un adulto lleve la medicina a la escuela .
- Medicina debe ser entregada en el contenedor original de la farmacia con la etiqueta y las direcciones para tomar. Si el medicamento es sin receta, debe ser en el contenedor/paquete original, con el nombre del estudiante.
- Medicina que no se use y se quede en la escuela para el fin del año será desechada.
- Si la medicina no está disponible en la escuela , se llamará al 9 - 1 - 1 para emergencias .
- Si mi hijo/a participa en actividades/deportes después de la escuela que son patrocinados por NCPS, Yo tengo la responsabilidad de comunicarle al entrenador/coach de mi hijo/a su condición médica . Yo le entregare la medicina que sea necesaria mientras este en esa actividad. Puedo comunicarme con la enfermera de la escuela si necesito ayuda para dejarles saber de los procedimientos médicos o si una copia de información debe ser compartida con ellos.

Yo pido que :

- Se le dé su medicina a mi hijo/a como está indicado por el proveedor médico de mi hijo/a.
- Si una inyección es ordenada, le doy permiso a la enfermera de la escuela a que le deje saber a la persona indicada como administrarla.
- Para estudiantes que tienen con sí mismo o se administran por sí mismo su medicina de emergencia que es recetada por su proveedor médico :
 - o Le doy permiso a mi hijo/a que lleve y se administre su medicina nombrada en la parte de atrás, durante el día escolar, en actividades patrocinadas por la escuela ,
 - o mientras en camino a
 - o de la escuela. Supervisión por un adulto no es necesario y yo entiendo que:
 - Yo les daré medicina adicional para que tengan en la escuela (adicionalmente a la medicina que traerá mi hijo/a
 - Mi hijo/a debe demostrar la habilidad necesaria para administrarse su propia medicina .
 - Mi hijo/a será disciplinado si no usa la medicina como es recetada .

Yo autorizo :

- Entregar e intercambiar información médica de mi hijo/a entre el proveedor médico , enfermera de la escuela, y El sistema Escolar de Nash County es necesario para darle los servicios a mi hijo/a . Doy permiso para que mi hijo/a reciba su medicina durante las horas escolares. Que un proveedor médico le recete su medicina . Yo libero al Sistema de Educación de Nash County y sus representantes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar al mi hijo/a tomar la medicina recetada.

Firma de Padre / Tutor : _____ Nombre Escrito : _____

Teléfono : _____ Fecha: _____

Student (self-carry only):

- I have demonstrated the proper use of my medication to the school nurse.
- I plan to keep my medication and equipment with me at school and school-sponsored activities.
- I will *only* use the medication as prescribed by my healthcare provider.
- My medication will be kept in the original container labeled with my name.
- I will *not* allow any other person to use my medication.
- I will notify a school staff member if I am having more difficulty than usual with my health condition.

Student signature: _____ Date: _____

I have observed the student and he/she demonstrates the ability and skill level necessary to use the emergency medication as prescribed by the healthcare provider. Circle: Inhaler Epinephrine Auto Injector Cystic Fibrosis Medication

Nurse Signature: _____ Date: _____

School nurse:

Nurse Signature: _____ Date received and reviewed: _____