



## Prescription Medication Checklist

- Permission Form:** complete the attached permission form. Be sure to sign and date the form beforehand if you plan to drop it off with the physician for completion!
- Controlled Substances (typically ADHD medications):** *must be counted when they are received. A parent/guardian or specified adult must sign as a witness.*
- Must be in a properly labeled medication bottle:** a prescription label must be affixed with the scholar's name, medication, dosage, and instructions that match the permission form.
- Only ADULTS may bring medications on campus:** the person delivering the medication must be over the age of 18. Scholars are NOT allowed to carry medications on campus. Please contact the school nurse for alternative options.

If you have any questions or need assistance, please contact the school nurse:

**Kaylee Fish, BSN, RN**  
School Nurse - Middle/High  
Office: 864-214-1631  
[kfish@legacyearlycollege.org](mailto:kfish@legacyearlycollege.org)

**Kaylynn Hayes, BSN, RN**  
School Nurse - Elementary  
Office: 864-214-1632  
[Khayes@legacyearlycollege.org](mailto:Khayes@legacyearlycollege.org)

**Raina Rockwell, BSN, RN, NCSN**  
Lead School Nurse  
Call/Text: 864-626-6440  
[rockwell@legacyearlycollege.org](mailto:rockwell@legacyearlycollege.org)

**Nurse Fax #: 864-383-6293**

## Lista de verificación de medicamentos recetados

- Formulario de permiso:** Complete el formulario de permiso adjunto. ¡Asegúrese de firmar y fechar el formulario de antemano si planea entregárselo al médico para que lo complete!
- Sustancias controladas (normalmente medicamentos para el TDAH):** *deben contarse cuando se reciben. Un padre/tutor o un adulto específico debe firmar como testigo.*
- Debe estar en un frasco de medicamento debidamente etiquetado.:** Se debe colocar una etiqueta de receta con el nombre del estudiante, el medicamento, la dosis y las instrucciones que coincidan con el formulario de permiso.
- Sólo los ADULTOS pueden traer medicamentos al campus.:** la persona que entrega el medicamento debe ser mayor de 18 años. Los estudiantes NO pueden llevar medicamentos al campus. Comuníquese con la enfermera de la escuela para conocer opciones alternativas.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela.

**Kaylee Fish, BSN, RN**  
School Nurse - Middle/High  
Office: 864-214-1631  
[kfish@legacyearlycollege.org](mailto:kfish@legacyearlycollege.org)

**Kaylynn Hayes, BSN, RN**  
School Nurse - Elementary  
Office: 864-214-1632  
[Khayes@legacyearlycollege.org](mailto:Khayes@legacyearlycollege.org)

**Raina Rockwell, BSN, RN, NCSN**  
Lead School Nurse  
Call/Text: 864-626-6440  
[rockwell@legacyearlycollege.org](mailto:rockwell@legacyearlycollege.org)

**Número de fax de la enfermera: 864-383-6293**





## Permiso para la Administración Escolar de Prescripción médica

Los medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible. Las dosis iniciales de un medicamento que un niño nunca ha tomado antes no deben administrarse en la escuela. Los medicamentos que se administrarán en la escuela deben ir acompañados de este formulario, completados con la firma del médico que los recetó y entregados a la escuela en el envase original con la etiqueta proporcionada por el farmacéutico que surtió la receta. Los medicamentos de "muestra" deben proporcionarse en un recipiente que identifique adecuadamente el medicamento y deben ir acompañados de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que los recetó que incluya el nombre del estudiante, las instrucciones para la administración adecuada y el nombre, la dirección y el teléfono. número del proveedor de atención médica que prescribe.

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Es su hijo alérgico a algún alimento, medicamento u otros artículos?  No  Sí (En caso afirmativo, enumere las alergias)

Medicamento:		Dosis:
Propósito de la medicación:		Ruta:
Horario de medicación a administrar en el colegio:	Frecuencia (es decir, diariamente)	Tenga en cuenta cualquier almacenamiento especial requisitos: <input type="checkbox"/> Refrigerar <input type="checkbox"/> Ninguno (Por favor específica):
Posibles efectos secundarios:		Número estimado de días que se administra el medicamento en la escuela (elija uno): <input type="checkbox"/> _____ días <input type="checkbox"/> _____ semanas <input type="checkbox"/> hasta el final del año escolar actual

Selle, imprima o escriba a máquina el nombre y la dirección del proveedor de atención médica:	Número de teléfono de la oficina:
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

**FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:** \_\_\_\_\_

Doy permiso para que a mi hijo se le administre el medicamento anterior según lo prescrito. Doy permiso para que la enfermera escolar o el administrador escolar se comuniquen con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente o con el farmacéutico que surtió la receta para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo. Doy permiso para que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, el farmacéutico y/o sus empleados designados brinden información sobre el medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera escolar o al administrador escolar. Entiendo que la escuela puede requerir que esté de acuerdo con las reglas de la escuela sobre medicamentos antes de que este medicamento se administre en la escuela. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Número de teléfono del día \_\_\_\_\_