

**Medical Provider Order & Parent Authorization
Over-The- Counter (Non-Prescription) Medication 2025-2026 SY**

Student/Nombre del estudiante _____ ID _____ DOB/Fecha de nacimiento _____ Grade/Calificación _____

Medical Provider Order (This section must be completed by the prescribing medical provider)

Medication/Medicamento _____ Dose/Dosis _____ Frequency/Time (must be prn)/ Frecuencia/Tiempo (debe ser prn) _____

Route/Ruta _____ Reason to administer/Razón para administrar _____ Allergies/Alergias _____

☐ End Date: _____ OR ☐ Valid Thru 2024-2025 School Year

Medication Expiration Date: _____

Reasons to require medical provider follow up (SAISD staff will hold further administration of OTC medication until cleared):

Prescribing Provider Name _____ Signature _____ Date _____

Phone Number _____ Fax Number _____

Parent Authorization (This section to completed by the student's parent or guardian)

I am requesting for the school nurse or trained staff to administer my child 's as needed over-the-counter medication as directed by my child's medical provider. Solicito que la enfermera de la escuela o el personal capacitado le administren a mi hijo los medicamentos de venta libre necesarios según las indicaciones del proveedor médico de mi hijo. I understand/Entiendo.

- It is my responsibility to supply the school with an updated medical provider order when any changes to the original order occur. **Es mi responsabilidad proporcionar a la escuela una orden actualizada del proveedor médico cuando ocurra algún cambio en la orden original.**
- Essential Oils cannot be administered, even with a medical provider order. **Los aceites esenciales no se pueden administrar, ni siquiera con una orden de un proveedor médico.**
- Herbal or dietary supplements will not be administered unless the medication will benefit the student's educational achievement as stated in the student's individualized education program (IEP) or Section 504 Plan and is prescribed by a medical provider. **No se administrarán suplementos herbarios o dietéticos a menos que el medicamento beneficie el rendimiento educativo del estudiante como se indica en el programa de educación individualizado (IEP) del estudiante o en el Plan de la Sección 504 y esté recetado por un proveedor médico.**
- Nurses are responsible for their own actions regardless of the medical provider's written order. **Las enfermeras son responsables de sus propias acciones independientemente de la orden escrita del proveedor médico.**
- The Standards of Nursing Practice, found in Board Rule 217.11, requires nurses who have questions or concerns about orders or recommended treatment regimens, must clarify these orders with the ordering practitioner and notify him or her if the nurse believes the order is non efficacious, contraindicated, or inaccurate and when the nurse makes the decision not to administer the medication or treatment. **Los Estándares de Práctica de Enfermería, que se encuentran en la Regla de la Junta 217.11, requieren que las enfermeras que tengan preguntas o inquietudes sobre las órdenes o los regimenes de tratamiento recomendados, deben aclarar estas órdenes con el médico que las ordena y notificarle si la enfermera cree que la orden no es eficaz o está contraindicada. , o inexacto y cuando la enfermera toma la decisión de no administrar el medicamento o tratamiento.**
- I can review detailed district protocols for medication administration in the student handbook or district website. **Puedo revisar los protocolos detallados del distrito para la administración de medicamentos en el manual del estudiante o en el sitio web del distrito.**

Parent Signature/Firma de los padres _____

Phone Number/Teléfono _____

Date/Fecha _____



Over-The-Counter Medication (Non-Prescription) 2024-2025 SY

Student/Nombre del estudiante

ID

Grade/*Calificación*Dose/*Dosis*

Frequency/Time (must be prn)/ Frecuencia/Tiempo (debe ser prn)

[illegible]

Staff Signature_____ Staff Signature_____

Staff Signature _____ Staff Signature _____

End of School Year/Fin del año escolar (To be filled out at the end of the school year/Para completar al final del año escolar.)

() Destroy at school/*Destruir en la escuela* () Parent pickup/*Recogida de padres*

Parent Signature/*Firma de los padres*Staff Name/*Nombre de Personal*Signature/*Signatura*Date/*Fecha*