



ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION
SCHOOL MEDICATION PRESCRIBER/PARENT AUTHORIZATION

School Year _____ - _____

STUDENT INFORMATION

Student's Name: _____ School: _____
Date of Birth: _____ Age: _____ Grade: _____ Teacher: _____
_____ No known drug allergies _____ Allergies (please list) _____

PRESCRIBER AUTHORIZATION (To be completed by licensed healthcare provider)

Medication Name: _____ Dosage: _____ Route: _____

Frequency/Time(s) to be given: _____ Start Date: _____ Stop Date: _____

Reason for taking medication: _____

Potential side effects/contraindications/adverse reactions: _____

Treatment order in the event of adverse reaction: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS:

Is the medication a controlled substance? ☐ Yes ☐ No

Is self-medication permitted and recommended? ☐ Yes ☐ No

- If "yes" I hereby affirm this student has been instructed on the proper self-administration of the prescribed medication.

Do you recommend this medication be kept "on person" by student? ☐ Yes ☐ No

Cake Icing Gel ONLY FOR Diabetic Student during Bus Transportation? ☐ Yes ☐ No

Printed Name of Licensed Healthcare Provider: _____ Phone: () _____ - _____ Fax: () _____ - _____

Signature of Licensed Healthcare Provider: _____ Date: _____

PARENT AUTHORIZATION

I authorize the school Nurse, the registered nurse (RN) or licensed practical nurse (LPN), to administer or to delegate to unlicensed school personnel the task of assisting my child in taking the above medication in accordance with the administrative code practice rules. I understand that additional parent/prescriber signed statements will be necessary if the dosage of medication is changed.

Prescription Medication must be registered with the School Nurse or Trained Medication Assistant. Prescription medication must be properly labeled with student's name, prescriber's name, name of medication, dosage, time intervals, route of administration and the date of drug's expiration when appropriate.

Over the Counter Medication must be presented to the School Nurse or Trained Medication Assistant. OTCs must be in the original, unopened, and sealed container. **OTC medication may not be kept for more than 2 weeks without written authorization from an authorized licensed healthcare provider.** Local Education Agency Policy for OTC medication must be followed.

Parent's/Guardian's Signature: _____ Date: _____ Phone: _____

SELF-ADMINISTRATION AUTHORIZATION

(To be completed **ONLY** if student is authorized for complete self-care by licensed healthcare provider.)

I authorize and recommend self-medication by my child for the above medication. I also affirm that he/she has been instructed in proper self-administration of the prescribed medication by his/her attending physician. I shall indemnify and hold harmless the school, the agents of the school, and the local board of education against any claims that may arise relating to my child's self-administration of prescribed medication(s).

Parent's/Guardian's Signature: _____ Date: _____ Phone: _____

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE ENTERPRISE
AUTORIZACIÓN ESCOLAR DE MÉDICOS/PADRES PARA MEDICAMENTOS

Año Escolar: _____ - _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Grado: ____ Maestro(a): _____
☐ No alergias conocidas a medicamentos -- Si hay alergias, anote: _____ Peso: _____ Libras

AUTORIZACIÓN MÉDICA (Debe ser completado por un proveedor de salud licenciado)

Nombre del Medicamento _____ Dosis _____ Modo _____
Frecuencia con que debe tomarlo _____ Fecha de Inicio ____/____/____ Fecha Final ____/____/____

Razón por la cual toma el medicamento: _____
Efectos Secundarios Potenciales/Contraindicaciones/Reacciones Adversas _____
Tratamiento a seguir en caso de reacción adversa: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES

¿Es este medicamento considerado como sustancia controlada? Si ☐ No ☐
¿Está permitido y recomendado que el estudiante se auto-medique? Si ☐ No ☐
Si la respuesta es "Si"; por la presente afirmo, que este estudiante ha recibido
instrucciones sobre la manera adecuada de autoadministración de la medicación recetada.
¿Recomienda que el estudiante mantenga los medicamentos consigo mismo? Si ☐ No ☐

Nombre del proveedor licenciado de salud médica: _____ Tel.: () _____ - _____ # Fax() _____ - _____
Firma del proveedor licenciado de salud médica: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Yo autorizo a la enfermera de la escuela, enfermera registrada (RN) o enfermera con licencia de practica (LPN) a administrar y/o delegar al personal de la escuela sin licencia médica, la tarea de asistir a mi hijo(a) en el suministro del medicamento mencionado arriba. Entiendo que documentos adicionales firmados por padres de familia o personal médico serán necesarios si la dosis cambia. También autorizo a la enfermera de la escuela a que hable con el prescriptor del medicamento o farmaceuta en caso de tener preguntas relacionadas al medicamento.

Medicamentos Recetados deben ser registrados con la enfermera de la escuela o con asistentes de medicina autorizados. Medicación recetada debe contener la etiqueta correcta con el nombre del estudiante, el nombre del prescriptor del medicamento, nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración y la fecha de expiración si es aplicable.

Medicamentos sin Receta Médica deben ser registrados con la enfermera de la escuela o asistentes de medicina autorizado. Medicamentos sin Receta Médica deben estar en sus envases originales, cerrados y sellados. Reglas de la Agencia Local de Educación para los medicamentos sin receta médica deben ser seguidos:

Firma del Padre de Familia o Tutor: _____ Fecha: ____/____/____ Tel.: () ____/____/____

AUTORIZACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN

(Para ser completado SOLAMENTE si el estudiante tiene autorización médica para su cuidado de salud personal)

Yo autorizo y recomiendo autoadministración por mi hijo(a) de la medicina ya mencionada. También afirmo que el(ella) ha recibido instrucción en la manera correcta de autoadministrar la medicina recetada por su médico. Yo exonero y relevo de responsabilidad a la escuela, personal de la escuela y la junta de educación local de toda reclamación que puede resultar por el automedicamento de mi hijo(a) de medicamentos recetados por un proveedor licenciado de salud médica.

Firma del Padre de Familia o Tutor: _____ Fecha: ____/____/____ Tel.: () _____ - _____

Revised 5/2014

Aviso Legal: Este documento ha sido traducido de inglés al español en la mejor forma y no garantiza perfección