



3401 Gunderson Ave., Berwyn, Illinois 60402
Phone: 708-795-2300 Fax: 708-795-2317 Online: www.bsd100.org

Berwyn South School District 100

MEDICATION PERMISSION FORM

This form must be returned to the school health office. A physician's order is necessary for ANY MEDICATION, over-the-counter, short-term and long-term medication. We will not administer the medication prior to receiving this permission form completed and signed by your physician.

THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN:

Student's Name _____ Birthdate _____ Grade _____

Address _____ Phone Number _____

Other medications the child is taking _____

_____ I hereby request and grant permission to the authorized personnel from the above-named school to administer the medication described on this form to my child.

_____ I give permission for my child to carry his/her inhaler/EpiPen and to be responsible in its use, provided the doctor gives consent for same.

_____ I give permission for my child to self-administer his/her medication when s/he is on a field trip.

If there are any questions, please contact your child's school nurse.

All medication that is not self carry needs to be picked up by a parent/guardian on the last day of school or it will be disposed of.

I indemnify and hold harmless District 100 and its employees and agents against any claims, except a claim based on willful and wanton conduct, arising out of a student's self-administration of medication or the medication storage by school personnel.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Work Phone () _____ Cell Phone () _____ Emergency Phone () _____

THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN:

Physician's Name (please print) _____ Phone Number () _____

Physician's Address _____ City _____ Zip _____

Illness/Condition Involved _____

MEDICATION _____

Dosage _____ Time to be given _____ Duration of the dosage _____

MEDICATION _____

Dosage _____ Time to be given _____ Duration of the Dosage _____

Possible Side Effects _____

_____ The above-named student may self-administer his/her medication on a field trip. I certify that s/he has been properly instructed in its use.

_____ The above-named student may carry and self-administer his/her inhaler/EpiPen. I certify that s/he has been properly instructed in its use.

Physician's Signature _____ Date _____

IMPORTANT INFORMATION

1. The medication **MUST** be brought to school in the original pharmaceutical container, clearly marked with the child's name, medication name and pertinent information. Duplicate prescription containers can be obtained from your pharmacist. Over-the-counter medication **MUST** be brought in its original, unopened container with the seal unbroken. **We will not administer any medication sent to school in plastic containers, baggies, envelopes, etc.**
2. The parent must report immediately any changes in prescription or dosage. New doctor's orders must be obtained for each change.
3. Medication permission must be renewed at the beginning of each school year.
4. Medication and permission form will be kept in the Health Office.



3401 Gunderson Ave., Berwyn, Illinois 60402
Phone: 708-795-2300 Fax: 708-795-2317 Online: www.bsd100.org

Berwyn South School District 100

Formulario de Autorización Para Administrar Medicamento

Este formulario debe ser devuelto a la oficina de salud en la escuela. Una receta médica es necesaria para CUALQUIER MEDICAMENTO, medicamentos de venta libre, a corto y largo plazo. No podremos administrar el medicamento antes de recibir una receta escrita y firmada por el médico.

LO SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono.: _____

Otros medicamentos que el niño toma: _____

_____ Por la presente solicito y concedo mi permiso al personal autorizado de la mencionada escuela para administrar el medicamento descrito en este formulario.

_____ Yo doy permiso para que mi hijo/a lleve consigo su inhalador/EpiPen y que sea responsable en su uso, siempre y cuando el médico dé su consentimiento para el mismo.

_____ Yo doy permiso para que mi hijo/a se autoadministre su medicamento cuando esté en un paseo escolar. Si hay alguna pregunta, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo/a.

Todos los medicamentos que no sean autoportados necesitan ser recogidos por el padre o tutor en el último día de escuela o éste será desechado.

Yo eximo y sostengo inocente al Distrito 100, a su personal y agentes contra cualquier reclamo, excepto en un reclamo basado en una conducta intencional e irresponsables, que surja de la auto-administración de medicamento de un estudiante o en el almacenamiento del medicamento por el personal de la escuela.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Tel. del Trabajo () _____ Tel. Celular () _____ Tel. de Emergencia () _____

LO SIGUIENTE TIENE QUE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Nombre del Médico (letra de molde) _____ Número de Teléfono () _____

Domicilio del Médico _____ Ciudad _____ C.P. _____

Condición/Enfermedad Involucrada _____

MEDICAMENTO _____

Dosis _____ Hora de Administración _____ Duración de la dosis _____

MEDICAMENTO _____

Dosis _____ Hora de Administración _____ Duración de la dosis _____

Posibles Efectos Secundarios _____

___ El estudiante arriba mencionado puede auto-administrar su medicamento durante un paseo escolar. Certifico que él/ella ha sido debidamente instruido en su uso.

___ El estudiante arriba mencionado puede traer consigo y auto-administrar su inhalador/EpiPen. Certifico que él/ella ha sido debidamente instruido en su uso.

Firma del Médico _____ **Fecha** _____



3401 Gunderson Ave., Berwyn, Illinois 60402
Phone: 708-795-2300 Fax: 708-795-2317 Online: www.bsd100.org

Berwyn South School District 100

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. El medicamento DEBE ser traído a la escuela en el envase farmacéutico original, con el nombre del niño claramente escrito, el nombre del medicamento e información pertinente. Duplicados de envases de la receta pueden ser obtenidos a través de su farmacéutico. Los medicamentos de venta sin receta médica DEBEN ser traídos en su recipiente original, sin abrir y sellado. **No administraremos ningún medicamento que se envíe a la escuela en recipientes de plástico, bolsitas, sobres, etc.**
2. El padre debe reportar inmediatamente cualquier cambio en la receta médica o dosificación. Nuevas instrucciones deben ser obtenidas para cualquier cambio.
3. El permiso del medicamento debe ser renovado al principio de cada año escolar.
4. El medicamento y la forma de autorización serán guardados en la Oficina de Salud.