



Sulphur Springs Independent School District

631 Connally Street
Sulphur Springs, Texas 75482
903-885-2153
www.ssisd.net

Authorization to Administer Medication at School

Prescription and non-prescription medications to be administered at school **must** be delivered to school in the **original container and properly labeled.**

- Non-prescription: student name written on original container/packaging.
- Prescription: student name and dosing instructions affixed to original bottle/packaging from the pharmacist or prescribing physician.

The following information must be provided, by the parent/legal guardian, for each medication to be administered, and each time there is a change in the medication's administration instructions :

Student Name: _____

(Legal First, Last)

Date of Birth: ____/____/____

Condition for which medication is being administered: _____

Medication Name: _____

Dose: _____ **Route:** _____

Prescriber's Name: _____

Medication shall be administered from:

Start Date: ____/____/____ **Stop Date:** ____/____/____

Time(s) of day to administer: _____

Potential side effects: _____

Special requirements for administration/storage:

Food or drug Allergies: ☐ Yes or ☐ No

If Yes, please explain:

INITIAL

Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school.

INITIAL

School personnel are not responsible for any ill effects that might occur from this medication.

INITIAL

Medication (non-prescription and prescription) must be in the original container/packaging/ bottle and properly labeled with student's name and dosing instructions affixed from the pharmacist or prescribing physician.

INITIAL

Persons who may assist your child with medications at school include the school nurse (RN or LVN) and/or a trained campus staff member.

INITIAL

For prescription medication to be given at home and at school, ask your pharmacist to prepare two labeled containers, one for home and one for school.

INITIAL

Over the counter (OTC) medications needed longer than two weeks must have a review and approval of the school nurse AND may require a physician's order.

INITIAL

The very first dose of a prescription medication for a current condition/illness WILL NOT be given at school.

Parent /Guardian Authorization to Administer Medication at School

I authorize school staff administer the medication, as described above, and prescribed by my child's physician and agree to review and provide/share any special instructions for the administration of the medication with school staff.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: ____/____/____

Relationship to student: _____

Phone (____) - ____ - _____

To be completed by school staff:

Medication received by: _____ Date: ____/____/____

Initial Count (pills/tablets): _____ Initial Measurement (liquids) _____

For controlled substances only:

Witness: _____ Date: ____/____/____



Distrito Escolar Independiente de Sulphur Springs

631 Calle Connally
Sulphur Springs, Texas 75482
903-885-2153
www.ssisd.net

Autorización para administrar medicamentos en la escuela

Los medicamentos con y sin receta que se administren en la escuela deben entregarse en la escuela en el

Envase original y debidamente etiquetado:

- Sin receta: Nombre del estudiante escrito en el envase/embalaje original.
- Prescripción: Nombre del estudiante e instrucciones de dosificación adheridas al frasco/envase original por parte del farmacéutico o médico que recetó el medicamento.

El padre/tutor legal deberá proporcionar la siguiente información para cada medicamento a administrar y cada vez que haya un cambio en las instrucciones de administración del medicamento:

Nombre del estudiante: _____

(Nombre legal, apellido)

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Afección para la cual se administra el medicamento: _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía: _____

Nombre del médico que receta: _____

El medicamento se administrará desde:

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de finalización: ____/____/____

Hora(s) del día para administrar: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Requisitos especiales para la administración/almacenamiento:

Alergias a alimentos o medicamentos: ☐ Sí o ☐ No

Si es así, explique:

INICIAL

Solo se deben enviar a la escuela aquellos medicamentos que sean médicamente necesarios durante el horario escolar para la asistencia de un estudiante o que estén escritos en un IEP.

INICIAL

El personal escolar no es responsable de ningún efecto nocivo que pueda producirse a causa de este medicamento.

INICIAL

Los medicamentos (con y sin receta) deben estar en su envase/embalaje/botella original y etiquetados adecuadamente con el nombre del estudiante y las instrucciones de dosificación adheridas por el farmacéutico o el médico que recetó.

INICIAL

Las personas que pueden ayudar a su hijo con los medicamentos en la escuela incluyen la enfermera de la escuela (RN o LVN) y/o un miembro del personal capacitado del campus.

INICIAL

Para administrar medicamentos recetados en casa y en la escuela, pídale a su farmacéutico a que prepare dos recipientes etiquetados, uno para casa y otro para la escuela.

INICIAL

Los medicamentos de venta libre (OTC) necesarios durante más de dos semanas deben contar con la revisión y aprobación de la enfermera de la escuela Y pueden requerir una orden médica.

INICIAL

La primera dosis de un medicamento recetado para una afección/enfermedad actual **NO** se administrará en la escuela.

Autorización de los padres/tutores para administrar medicamentos en la escuela

Autorizo al personal de la escuela a administrar el medicamento, como se describe anteriormente y según lo prescrito por el médico de mi hijo, y acepto revisar y proporcionar/compartir cualquier instrucción especial para la administración del medicamento con el personal de la escuela.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: ____/____/____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono: (____) - ____ - _____

Para ser completado por el personal de la escuela:

Medicamentos recibidos por: _____ Fecha: ____/____/____

Recuento inicial (pastillas/tabletas): _____ Medición inicial (líquidos): _____

Solo para sustancias controladas:

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____