

FORT WORTH INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Medication Administration Request Form

Student: _____ Date of Birth: _____

School Name: _____ Grade: _____

Physician/Licensed Prescriber to complete:

MEDICATION(S)	STRENGTH	DOSAGE	ROUTE	TIME(S)	COMMENTS/POSSIBLE SIDE EFFECTS

Physician/Licensed Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Physician/Licensed Prescriber's Printed Name: _____

Phone: _____ Fax: _____

Parent/Guardian to complete:

I hereby represent and attest that I am the **parent or legal guardian** of the above-named student. I hereby request that the medication(s) specified above be administered to the above named student beginning on the following date: _____ and ending on the following date: _____. As long as a physician authorizes a refill of any prescription set forth above, this authorization shall apply to any such refills. On behalf of the above named student, myself, and our personal representatives, family members, heirs, assigns, and successors, I also agree and do hereby waive and release all claims for loss, damage, or injury against the Fort Worth Independent School District and any teacher, employee, volunteer, agent or other person arising directly or indirectly out of any act or omission relating to the receipt, administration, or execution of this request. I give permission for the school nurse to consult with the above named student's physician/licensed prescriber regarding any questions that arise with regard to the listed medication(s) or medical condition(s) being treated by the medication(s).

Parent/Legal Guardian's Printed Name: _____ Date: _____

Parent/Legal Guardian's Signature: _____

Telephone: Home _____ Cell _____ Work _____

CONFIDENTIAL PROTECTED HEALTH INFORMATION: This document contains or requests "protected health information" within the meaning of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"). Federal and Texas law and District policy prohibit, and require utilization of appropriate safeguards against, wrongful use, access or disclosure of protected health information, other than as allowed by applicable Federal and state law and District policy. Wrongful access, use, or disclosure of this information may expose violators to civil and criminal liability under Federal and/or State law, discipline by the District, or both.

FORT WORTH INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Medication Administration Request

Texas law permits a public school to administer medication prescribed by a physician/licensed prescriber to a child on behalf of the parent or legal guardian under certain limited circumstances with an appropriate written authorization. The only medication that may be given at school is that which is necessary to enable the student to remain in school. If possible, all medication should be given outside of school hours. Three times a day medications can be given before school, after school and at bedtime. All medications and equipment shall be provided by the parent or legal guardian. If necessary, medication can be given at school under the following conditions:

- 1. Medications must be in original, properly labeled containers. The pharmacy can supply two (2) labeled bottles for this purpose. Medications sent in baggies or unlabeled containers will not be given.*
- 2. Medications will not be given without a specific written request signed by at least one parent or legal guardian and physician/licensed prescriber. This request should be made on the appropriate form supplied by the school or on a form supplied by your physician/licensed prescriber.*
- 3. Medications may be given by a staff member designated by the principal and trained by the school nurse.*
- 4. Medications must be kept in the nurse's office in a locked cabinet.*
- 5. Parents may bring up to one month's supply of medication. Empty medication containers may be given to students.*
- 6. Herbal medications, dietary supplements and other nutritional aids not approved as medication by the FDA may not be administered at school.*

Please contact your school nurse if there are any questions.

R7/I4HS

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH
Formulario para solicitar la administración de medicinas

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado escolar: _____

Esta hoja la debe de llenar el médico/persona con licencia para recetar:

MEDICATION(S)	STRENGTH	DOSAGE	ROUTE	TIME(S)	COMMENTS/POSSIBLE SIDE EFFECTS

Physician/Licensed Prescriber's Signature: _____ Fecha: _____

Physician/Licensed Prescriber's Printed Name: _____

Phone: _____ Fax: _____

Para llenarse por el padre/guardián:

Por medio de la presente represento y atestiguo que yo soy el **padre o guardián legal** del estudiante arriba mencionado. Por medio de la presente solicito que la(s) medicina(s) especificada(s) arriba se administre(n) al estudiante arriba mencionado comenzando a partir del día: _____ y terminando en la siguiente fecha: _____.

Esta autorización seguirá en efecto mientras que el médico siga autorizando la prescripción de la medicina. En nombre del estudiante arriba mencionado, yo mismo(a) y nuestros representantes personales, familia, herederos, asignados y sucesores, también estamos de acuerdo y liberamos de responsabilidad y reclamos por pérdida, daño o lesiones al Distrito Escolar Independiente de Fort Worth y a cualquier maestro, empleado, voluntario, agente u otra persona por lo que surja directa o indirectamente de cualquier acto u omisión relacionado a la administración o ejecución de esta petición. Yo otorgo a la enfermera escolar permiso de consultar con el médico/persona con licencia para recetar, del estudiante arriba mencionado, respecto a cualquier pregunta que surja relacionada a los medicamentos arriba mencionados o condiciones médicas que son tratadas con estas medicinas.

Nombre del padre/guardián legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre/guardián legal: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL Y PROTEGIDA: Este documento contiene o solicita "información de salud protegida" que se encuentra dentro del Acta de 1996 "Health Insurance Portability and Accountability" ("HIPAA"). La ley federal y estatal de Texas y las políticas del Distrito prohíben y requieren el uso de garantías en contra del uso incorrecto, acceso o divulgación de información de salud protegida, sólo que sea permitido bajo la aplicación de la ley federal y estatal y las políticas del Distrito. El uso, acceso o divulgación incorrecta de la información de salud protegida, puede exponer a los violadores a responsabilidad civil y criminal de acuerdo a las leyes estatales y federales, a ser disciplinado por el Distrito, o a ambos.

Form 738 R 7/14HS

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH
Petición para la administración de medicinas

La ley de Texas permite a una escuela pública administrar medicinas prescritas por un médico/persona con licencia para recetar, a un niño/a en nombre del padre o guardián legal bajo ciertas circunstancias limitadas y con una autorización apropiada. La única medicina que se puede dar en la escuela es aquella que es necesaria para permitir al estudiante permanecer en la escuela. De ser posible, todas las medicinas se deben de dar fuera del horario escolar. Si la medicina se debe de dar tres veces al día, entonces se puede hacer antes y después de clases y a la hora de ir a dormir. De ser necesario, las medicinas se pueden administrar en la escuela bajo las siguientes condiciones:

- 1. Las medicinas se deben de encontrar en el frasco original y etiquetado apropiadamente. La farmacia puede suplir dos (2) frascos para este propósito. No se van a suministrar medicinas que vengan en bolsitas o sin el frasco etiquetado.*
- 2. Las medicinas no se van a dispensar si no existe una solicitud firmada por al menos uno de los padres o guardián legal y el médico/persona con licencia para recetar. Esta solicitud se debe de hacer con el formulario apropiado que tiene la escuela o con un formulario que provea el médico.*
- 3. Las medicinas son administradas por personal asignado por el director y entrenado por la enfermera.*
- 4. Todas las medicinas se deben de guardar en la oficina de la enfermera en un gabinete cerrado con llave, excepto en el caso de estudiantes cuyo médico/persona con licencia para recetar, haya llenado un formulario o escrito una autorización que cumpla con las normas de la Junta Directiva del Distrito de auto-suministro de medicina recetada para asma o medicina para anafilaxis.*
- 5. Los frascos vacíos se devolverán a los estudiantes al finalizar el mes o cuando se termine la medicina. Los padres deben de mandar la cantidad necesaria de medicina para una semana o un mes. La medicina sobrante se entregará a los padres.*
- 6. Las medicinas no se enviarán a casa con el estudiante. Sólo un adulto asignado por el padre/guardián podrá recoger la medicina con la enfermera o personal asignado. En ciertas circunstancias, la medicina se puede enviar a casa con el conductor del camión escolar quien la entregará al padre/guardián.*
- 7. No se podrán administrar medicinas herbales, suplementos dietéticos ni otras formas de nutrición que no son aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration or FDA por sus siglas en inglés)*

Si tiene preguntas, comuníquese con la enfermera de su escuela.

R7/14HS