CLINT INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
STUDENT HEALTH SERVICES MEDICATION PERMIT
PRACTITIONERS WRITTEN ORDER/PARENT CONSENT

If medication and/or a health care procedure is to be administered during regular school hours for illness or disability, it is necessary for the district to receive the following:

1. A Practitioner's Written Order/Parent Consent statement dated for the CURRENT school year signed by the parent, legal guardian, or other person(s) having legal authority of the student AND the attending practitioner licensed to practice medicine in the state of Texas. (Exemption: U.S. Military)
2. Original container with prescription label from a registered pharmacist licensed to practice in the state of Texas with current date, student's name, dose to be given, time(s) to be given, and medication route to be given. This includes over-the-counter medications.
3. The student is not allowed to carry his/her own medication or to self-administer the medication unless ordered by the licensed practitioner. **(Students need Parent Permission and a Written Order from a Licensed Practitioner to carry Inhalers, EpiPen and insulin pumps.)**
4. ONLY medications and/or health care procedures prescribed in writing by the attending practitioner licensed to practice medicine in the state of Texas are to be administered. The following will not be administered by any school personnel: Medication prescribed and/or purchased in foreign countries, herbal, alternative, or non-traditional preparations.
5. CISD reserves the right to refuse medication for any reason unless such refusal would violate any Federal or State law.

ALL NURSES WHEREVER EMPLYEED MUST OBSERVE THE LAW THAT REQUIRES THEM TO HAVE A WRITTEN PRACTITIONERS ORDER BEFORE THE ADMINISTRATION OF ANY MEDICATION.

AT THE END OF THE SCHOOL YEAR, ALL UNCLAIMED MEDICATION WILL BE DESTROYED ON THE LAST DAY OF SCHOOL

TO BE COMPLETED BY THE PARENT AND RETURNED TO THE SCHOOL NURSE

Name of Student: _____ Date of Birth: _____ ID# _____

I, _____, give permission for my child to receive the medication listed as directed by the attending practitioner. I do hereby give consent for the release and exchange of information contained in the medical record of my child.

☐ Yes ☐ No My child has permission to carry his/her inhaler, EpiPen, and/or insulin pump as ordered by the licensed practitioner.

☐ Yes ☐ No I give permission for my child to have his/her inhaler/medication administered by trained school personnel while on a field trip.

_____	_____	_____	_____	_____
Parent/ Guardian signature	Home telephone	Cell phone/Beeper #	Work Telephone	Date

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER

Diagnosis: _____

Medication #1: _____
Name Strength Dose Time (at school) Route

Medication #2: _____
Name Strength Dose Time (at school) Route

Length of Time_____ Are there any restrictions/precautions? ☐ Yes ☐ No
If yes, how long? _____

☐ Yes ☐ No If above medication is an inhaler, epinephrine, insulin pump, or glucagon, and the student is capable of self-administration, do you recommend that this child carry his/her own medication?

Allergies – Medication/food/other: (Please list): _____

_____	_____	_____	_____
Printed Name of Practitioner	Practitioners Signature	Telephone Number	Date

_____
FAX

CLINT INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
SERVICIOS DE SALUD PARA ESTUDIANTES PERMISO DE MEDICACIÓN
ORDEN ESCRITA DE LOS PROFESIONALES/CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Si es necesario administrar algún medicamento y/o un procedimiento de cuidado de salud al estudiante durante el horario regular escolar por alguna enfermedad o incapacidad, es necesario que el Distrito reciba lo siguiente:

1. Una declaración de Orden Escrita del Médico/Consentimiento del Padre con fecha del año escolar ACTUAL firmada por el padre, tutor legal, u otra persona con autoridad legal para el estudiante y firmada por el médico con licencia para practicar medicina en el estado de Texas. (Exención: Militares de los E.U.)
2. El recipiente original con la etiqueta de receta de un farmacéutico registrado con licencia para practicar en el estado de Texas, con fecha actual, nombre del estudiante, dosis que ha de ser administrada, hora y vía de administración. Esto incluye los medicamentos de venta libre.
3. No se le permite al estudiante llevar consigo su propio medicamento o administrarse su medicamento, a menos que sea ordenado por el médico. (Los estudiantes necesitan Permiso de los Padres y una Orden por Escrito del médico, para traer en su persona Inhalantes, EpiPen, o pompas de insulina.)
4. Se han de administrar SOLO los medicamentos y/o los procedimientos de cuidado de salud prescritos por escrito por el medico con licencia para practicar medicina en el estado de Texas. Los artículos mencionados a continuación no serán administrados por ningún personal escolar: medicamento prescrito y/o comprado en países extranjeros, o preparaciones herbales, alternativas, o no tradicionales.
5. CISD se reserva el derecho de rechazar la medicación por cualquier motivo, a menos que dicha negativa infrinja cualquier ley federal o estatal.

TODAS LAS ENFERMERAS DONDEQUIERA QUE SEAN EMPLEADAS DEBERÁN OBSERVAR LA LEY QUE REQUIERE QUE TENGAN UNA ORDEN POR ESCRITO DEL MEDICO ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER MEDICAMENTO.

AL FIN DEL AÑO ESCOLAR, TODOS LOS MEDICAMENTOS NO RECLAMADOS SERÁN DESTRUIDOS EL ÚLTIMO DÍA DE CLASES.

SE DEBE COMPLETAR POR EL PADRE Y REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA ESCOLAR

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo reciba el medicamento que aparece según las indicaciones del médico asistente. Por la presente doy mi consentimiento para la divulgación y el intercambio de la información contenida en el registro médico de mi hijo.

☐ Si ☐ No Autorizo a mi hijo(a) que cargue en su persona su inhalante, EpiPen, y/o pompa de insulina, según las órdenes del médico licenciado.

☐ Si ☐ No Autorizo que se le administre a mi hijo su inhalante/medicamento por personal escolar capacitado durante algún viaje de excursión

_____	_____	_____	_____	_____
Firma de padre/tutor legal	Número de teléfono (hogar)	Celular/beeper	Número de teléfono (trabajo)	Fecha

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER

Diagnosis: _____

Medication #1: _____
Name Strength Dose Time (at school) Route

Medication #2: _____
Name Strength Dose Time (at school) Route

Length of Time_____ Are there any restrictions/precautions? ☐ Yes ☐ No
If yes, how long? _____

☐ Yes ☐ No If above medication is an inhaler, epinephrine, insulin pump, or glucagon, and the student is capable of self-administration, do you recommend that this child carry his/her own medication?

Allergies – Medication/food/other: (Please list): _____

_____	_____	_____	_____
Printed Name of Practitioner	Practitioners Signature	Telephone Number	Date

_____
FAX