

## Tigard-Tualatin School District 23J Medication Administration Form

This order is valid only in Tigard-Tualatin School District for the current school year or until discontinued by physician

Student Name:	School:
Birthdate:	Grade/Teacher's Name:
Parent/Guardian Name and Phone:	Parent/Guardian Name and Phone:

Parent/Guardian: Please read the following statements and provide your initials as an approval or acknowledgment.

Parent Initial Here

1. All medication must be in its original container with accurate labeling and student's name affixed. If medication is by prescription, the current prescription label must be attached, including the student's name, medication name, dose, time/frequency of administration.	
2. Parent/guardian is responsible for providing needed medication and maintaining the supply, and for verifying the contents of the medication. If the medication should be half doses, pills must be cut by parents or the issuing pharmacy.	
3. Parent/guardian is responsible for picking up all unused medication by the last day of school. All medication left at the school will be discarded.	
4. Parent/guardian accepts responsibility of notifying the District Nurse or the school's main office/health room staff in writing of any changes to the student's medication during the school year. Changes to the prescription label or container directions must be in writing from the healthcare provider. NO VERBAL CHANGES ARE ALLOWED.	
5. Medication must be medically necessary for the student to take while in school.	

Medication Name:	Medication Type: Prescription ____ Non-prescription ____
Date Dropped Off At School:	Date to be Discontinued:
Time Medication To Be Given:	Dose To Be Given (no abbreviations):
Route: Mouth ____ Ear ____ Eye ____ Nose ____ Skin ____	Injection ____ Other _____
Reason For Medication:	Special Instructions:

### Parent/Guardian Signature and Authorization

I verify that the above health information is accurate and complete, and I understand that it is my responsibility to notify the school office in writing promptly of changes to this information. This authorization applies only to the medication listed above and for the duration of treatment or school year.

This authorization provides permission to exchange information regarding the medication, as necessary, between the District Nurse, school staff and/or my student's health provider.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Office Staff only:**  Scan and Email to RN       Put hard copy in binder

**Nurse only:**     Reviewed and approved       Medication to go on Field Trip       Note in Synergy

This medication was disposed by the following method: \_\_\_\_\_ Medication disposal date: \_\_\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_ Medication disposed by (signature): \_\_\_\_\_

## Tigard-Tualatin School District 23J Medication Administration Form

Esta orden es válida solo en el Distrito Escolar Tigard-Tualatin para el año escolar actual o hasta que un médico la suspenda

Nombre del Estudiante:	Escuela:
Fecha de Nacimiento:	Grado/Nombre del Maestro:
Nombre y Teléfono del Padre/Tutor:	Nombre y Teléfono del Padre/Tutor:

Padre/Tutor: Por favor lea las siguientes declaraciones y proporcione sus iniciales como aprobación o reconocimiento. Iniciales del Padre/Tutor aquí

1. Todos los medicamentos deben estar en su envase original, con la etiqueta correcta y el nombre del estudiante. Si se trata de un medicamento con receta médica, se debe adjuntar la etiqueta vigente, que incluya el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis y la hora y frecuencia de administración.	
2. El padre/tutor es responsable de proporcionar los medicamentos necesarios, de mantener el suministro y de verificar su contenido. Si el medicamento se toma en medias dosis, los padres o la farmacia que lo emite deben cortar las pastillas.	
3. El padre/tutor es responsable de recoger todos los medicamentos no utilizados antes del último día de clases. Todos los medicamentos que se dejen en la escuela serán desechados.	
4. El padre/tutor acepta la responsabilidad de notificar por escrito a la enfermera del distrito o al personal de la oficina principal/enfermería de la escuela sobre cualquier cambio en el medicamento del estudiante durante el año escolar. Los cambios en la etiqueta de la receta o las instrucciones del envase deben ser realizados por escrito por el profesional de la salud. NO SE PERMITEN CAMBIOS VERBALES.	
5. Los medicamentos deben ser médicamente necesarios para que el estudiante los tome mientras esté en la escuela.	

Nombre del Medicamento:	Tipo de Medicamento: Recetado ____ Sin receta ____
Fecha de Entrega en la Escuela:	Fecha de Suspensión:
Hora en que debe administrarse el medicamento:	Dosis de Administración (sin abreviaturas):
Ruta: Boca ____ Oído ____ Ojo ____ Nariz ____ Piel ____	Inyección ____ Otro _____
Razón por Medicamento:	Instrucciones Especiales:

### **Firma y Autorización del Padre/Tutor**

Confirmando que la información de salud anterior es precisa y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la secretaria de la escuela por escrito de inmediato sobre cualquier cambio en esta información. Esta autorización se aplica únicamente a los medicamentos mencionados anteriormente y durante el tratamiento o el año escolar.

Esta autorización proporciona permiso para intercambiar información sobre el medicamento, según sea necesario, entre la enfermera del distrito, el personal de la escuela y/o el proveedor de salud de mi estudiante.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Solo Personal de Oficina:**  Escanear y enviar por email a la enfermera  Colocar una copia den la carpeta

**Solo Enfermera:**  Revisado y aprobado  Medicamentos para llevar en excursión  Nota en Synergy



