

# CONSENT AND REQUEST FOR MEDICATION ADMINISTRATION



Humboldt County School District

Parents/guardians of students who are required to take medication during school hours **must** submit this completed form to the school health office. This requirement applies to both prescription and over-the-counter medications. **Prescription medications** must be provided in a current, pharmacy-labeled container. **Over-the-counter medication** must be in the original manufacturer's packaging and clearly labeled with the student's full name and date of birth. A new form must be completed and signed by both the parent/guardian and the student's licensed healthcare provider for any changes in the type, dosage, or frequency of the medication. If a student requires administration of more than one medication during school hours, a separate authorization form must be submitted for each medication. Medications at school must be FDA approved.

The undersigned physician/healthcare provider advises you that \_\_\_\_\_ (student name), \_\_\_\_\_ (date of birth), requires assistance taking the following medication during the school day:

Name of Medication: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_ End Date: \_\_\_\_\_

Common Side Effects of Medication: \_\_\_\_\_

For "**PRN**" medications please indicate symptoms/indications and frequency for giving the above medication: \_\_\_\_\_

This medication will be provided to Humboldt County School District by the parent/guardian of the student and the undersigned parent/guardian agrees to assume all responsibility for maintaining the supply of medication. Medications that are kept in the school health office will be returned to the parent/guardian only, or with the parent/guardian permission may be sent home with the student. Medications known as Controlled Substances cannot be transported by a student. Medications not claimed or picked up by the parent/guardian or their designee by the end of the last day of school will be disposed of by the School Nurse.

The undersigned parent/guardian hereby requests Humboldt County School District assist and supervise the above-named student in taking the medication listed above during the school day. In addition, the parent/guardian gives permission to the School Nurse to exchange confidential information, relative to the medication noted above, with the undersigned licensed healthcare provider; and further agrees to hold the Humboldt County School District, the Board of Trustees of the District, and all agents of the District harmless from any liability for their participating in assisting and supervising the above-named student in taking this medication.

Licensed Healthcare Provider name (please print): \_\_\_\_\_

Licensed Healthcare Provider signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_ NPI number: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian name (please print): \_\_\_\_\_

Parent/Guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of School Health Office Representative: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

*\*This consent/order is valid for one calendar year\**

# CONSENTIMIENTO Y SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



Distrito Escolar del Condado de Humboldt

Los padres/tutores de estudiantes que deban tomar medicamentos durante el horario escolar deben entregar este formulario completo a la enfermería escolar. Este requisito aplica tanto a medicamentos con receta como a los de venta libre. Los medicamentos con receta deben entregarse en un envase vigente y con la etiqueta de la farmacia. Los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original del fabricante y claramente etiquetados con el nombre completo y la fecha de nacimiento del estudiante. Tanto el padre/tutor como el profesional de la salud autorizado del estudiante deben completar y firmar un nuevo formulario para cualquier cambio en el tipo, la dosis o la frecuencia del medicamento. Si un estudiante requiere la administración de más de un medicamento durante el horario escolar, debe entregar un formulario de autorización por separado para cada medicamento. Los medicamentos en la escuela deben estar aprobados por la FDA.

El médico/proveedor de atención médica que suscribe le informa que \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante), \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento), requiere ayuda para tomar los siguientes medicamentos durante el día escolar:

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

dosificación: \_\_\_\_\_ ruta: \_\_\_\_\_ tiempo: \_\_\_\_\_ fecha de inicio: \_\_\_\_\_ fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios comunes de los medicamentos: \_\_\_\_\_

Para medicamentos "PRN", indique los síntomas/indicaciones y la frecuencia de administración del medicamento mencionado.: \_\_\_\_\_

Este medicamento será entregado al Distrito Escolar del Condado de Humboldt por el padre/tutor del estudiante, quien se compromete a asumir toda la responsabilidad de mantener el suministro de medicamentos. Los medicamentos que se guarden en la enfermería escolar se devolverán únicamente al padre/tutor o, con su permiso, se podrán enviar a casa con el estudiante. Los medicamentos conocidos como Sustancias Controladas no pueden ser transportados por un estudiante. Los medicamentos que el padre/tutor o su persona designada no hayan reclamado o recogido antes del último día de clases serán desechados por la Enfermera Escolar.

El padre/tutor que suscribe solicita al Distrito Escolar del Condado de Humboldt que ayude y supervise al estudiante mencionado anteriormente en la toma del medicamento indicado durante la jornada escolar. Asimismo, autoriza a la enfermera escolar a intercambiar información confidencial sobre el medicamento mencionado anteriormente con el profesional de la salud certificado que suscribe; y acuerda eximir de toda responsabilidad al Distrito Escolar del Condado de Humboldt, a la Junta Directiva del Distrito y a todos sus agentes por participar en la asistencia y supervisión del estudiante mencionado anteriormente en la toma de este medicamento.

Nombre del proveedor de atención médica autorizado (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica autorizado: \_\_\_\_\_

fecha: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_ número NPI: \_\_\_\_\_

nombre del padre/tutor (por favor imprima): \_\_\_\_\_

firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante de la Oficina de Salud Escolar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

*\*This consent/order is valid for one calendar year\**