MEDICATION AUTHORIZATION FORM

New Forms MUST Be Completed Every Year

Student Name:_____ Date of Birth: ____/____/____

School Year: _____-_____ Grade: _____

When your child's physician determines it is necessary to administer medication during the school day, the following procedures must be followed:

1) Only a parent or legal guardian may bring the medication to school.

2) All **PRESCRIPTION** medication must be in the **ORIGINAL CONTAINER** clearly labeled with the student's name, the name and dose of medication, and directions for administration. Prescribing physicians must be licensed to practice in the state of Texas.

3) All **NON-PRESCRIPTION** or over the counter medication must be in the **ORIGINAL CONTAINER** clearly labeled with directions and instructions and be accompanied by the parent permission form.

4) **MEDICATIONS WILL NOT BE SENT HOME WITH STUDENTS**. All medication must be picked up by a parent or legal guardian.

5) **No OTC medication will be given without a doctor's order.**

Medication: _____ Diagnosis: _____

Dose: _____ Time to be Administered: _____

Special Instructions:

_____

_____

Possible side effects/Reactions/Emergency Measures:

_____

Activity Restrictions:

_____

MY SIGNATURE BELOW INDICATES UNDERSTANDING TO THE GUIDELINES LISTED ABOVE. I REQUEST THAT TBP STAFF ADMINISTER THE MEDICATION SPECIFIED ABOVE TO MY CHILD AND AGREE THAT I WILL NOT HOLD LIABLE ANY MEMBER OF THE SCHOOL STAFF AUTHORIZED TO ASSIST MY CHILD IN TAKING SAID MEDICATIONS. I ALSO AUTHORIZE TBP STAFF TO CONTACT THE PHYSICIAN FOR ADDITIONAL INFORMATION, IF NEEDED.

_____ _____

Parent's Signature *Physician's Signature

_____ _____

Parent's Name (Printed) Physician's Name (Printed)

Date: ____/____/____ Date: ____/____/____ Phone: ____-____-____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se DEBEN presentar nuevos formularios anualmente.

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:____/____/____

Año académico: - Nivel:

Cuando el médico de su hijo determine que es necesario administrar medicamentos durante el horario escolar, se deben seguir los siguientes procedimientos:

Solo un padre o tutor legal podrá llevar el medicamento a la escuela.

Todos los medicamentos prescritos deben encontrarse en su envase original, debidamente etiquetados con el nombre del estudiante, el nombre y la dosis del medicamento, así como las instrucciones de administración. Los médicos que emiten recetas deben estar autorizados para ejercer en el estado de Texas.

3) Todos los medicamentos SIN RECETA o de venta libre deben encontrarse en su ENVASE ORIGINAL, claramente etiquetado con instrucciones y advertencias.

4) NO SE ENVIARÁN MEDICAMENTOS A CASA CON LOS ESTUDIANTES. Todos los medicamentos deben ser recogidos por un padre o tutor legal.

5) No se proporcionará ningún medicamento de venta libre sin prescripción médica.

Medicación: _____ Diagnóstico:_____

Dosis: _____Hora de administración: _____

Instrucciones especiales:

_____

_____

Posibles efectos secundarios, reacciones y medidas de emergencia:

_____

Restricciones de actividad:

_____

MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA MI COMPRENSIÓN DE LAS DIRECTRICES ANTERIORES. SOLICITO QUE EL PERSONAL DE TBP ADMINISTRE A MI HIJO/A LOS MEDICAMENTOS ESPECIFICADOS Y ACEPTO NO RESPONSABILIZAR A NINGÚN MIEMBRO DEL PERSONAL ESCOLAR AUTORIZADO PARA ASISTIR A MI HIJO/A EN LA TOMA DE DICHOS MEDICAMENTOS. TAMBIÉN AUTORIZO AL PERSONAL DE TBP A CONTACTAR AL MÉDICO/A PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL, SI FUERA NECESARIO.

_____ _____

Firma del progenitor *Firma del médico

_____ _____

Nombre del padre(en letra de imprenta) Nombre del médico (en letra de imprenta)

Fecha: ____/____/____ Fecha: ___/___/___ Teléfono: ___-___-___

PARENT PERMISSION TO GIVE OVER THE COUNTER MEDICATION

New Forms MUST Be Completed Every Year

Student Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

School Year: _____-_____ Grade: _____

****All over the counter medications must be provided by the parent/guardian, in an original bottle. No medications will be provided by the clinic.**

PLEASE INITIAL EACH MEDICATION FOR WHICH YOU ARE GIVING PERMISSION

TOPICAL	**ORAL**
____ **Antibiotic Cream**	____ **Ibuprofen (i.e. Advil, Motrin, Naproxen)**
____ **Hydrocortisone Cream**	____ **Acetaminophen (i.e. Tylenol)**
____ **Benadryl Cream**	____ **Antacid (i.e. Mylanta, Maalox, Tums)**
____ **Sunscreen**	____ **Cold Medications**
____ **Oral products containing benzocaine**	____ **Antihistamine (i.e. Benadryl, Zyrtec, Claritin)**
____ **Burn gels**	____ **Cough syrup or drops**
Other: _____	**Other:** _____

By signing, I am requesting that Trinity Basin Preparatory's medical staff, or others as assigned, administer the above medication(s) to my student per the instructions on the bottle. I understand that I must supply the medication in the original bottle and I understand that any dosaging above the recommended dose on the bottle, must be accompanied by a note from a physician.

_____ _____

Parent's Signature Parent's Name (Printed)

Date: ____/____/____

PERMISO PATERNO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Se DEBEN presentar nuevos formularios anualmente.

Nombre del estudiante:_____Fecha de nacimiento: __/___/____

Año académico:_____ -_____Grado: _____

Todos los medicamentos de venta libre deben ser suministrados por el padre o tutor, en su envase original. La clínica no proporcionará ningún medicamento.

POR FAVOR, INSCRIBA SUS INICIALES EN CADA MEDICAMENTO PARA EL CUAL ESTÁ OTORGANDO PERMISO

TEMA	**ORAL**
_____**Crema antibiótica**	_____**Ibuprofeno (es decir, Advil, Motrin, naproxeno)**
_____**Crema de hidrocortisona**	_____**Acetaminofén (es decir, paracetamol)**
_____**Crema de Benadryl**	_____**Antiácidos (es decir, Mylanta, Maalox, Tums)**
_____**Protector solar**	_____**Medicamentos para el resfriado común**
_____**Productos orales que incluyen benzocaína**	_____**Antihistamínicos (por ejemplo, Benadryl, Zyrtec, Claritina)**
_____**Geles para quemaduras.**	_____**Jarabe o gotas para la tos.**
Otro:	**Otro:**

Al firmar, solicito que el personal médico de Trinity Basin Preparatory, o cualquier otra persona designada, administre el/los medicamento(s) indicado(s) a mi estudiante, conforme a las instrucciones del envase. Comprendo que debo proporcionar el medicamento en su envase original y que cualquier dosis que exceda la recomendada en el envase debe estar respaldada por una nota médica.

_____ _____

Firma del padre o madre | Nombre del padre o madre (impreso)

Fecha: _____/_____/_____