



Weld County RE-5J School District Staff Administering Medicine to a Student at School or School-Sponsored Activity

****A separate written Authorization and Release must be submitted each school year for each medicine to be administered by staff to a student, and for each change in the dosage, time(s) and/or route of administration of medication.**

Student Name _____
Date of Birth: _____ **Grade:** _____ **School Year:** _____
School Student Attends: _____ **Fax Number:** _____
School/Activity where Medicine is to be Administered: _____

Health Care Provider Authorization and Directions:

Name of Medicine: _____ **The Medicine is:** ☐ Prescription ☐ Nonprescription
Purpose of Medicine: _____
Dosage: _____ **Route of Administration:** _____
Time(s) the Medicine is to be Administered: _____
Starting Date: _____ **Ending Date:** _____
(All Authorizations expire at the end of the school year)
Possible Side Effects of Medication: _____
Name of Health Care Provider: _____ **Phone:** _____
***Signature of Provider:** _____ **Date:** _____

Special Instructions: Prescription Medication: Must be furnished in the original pharmacy labeled container. The student's name, name of the medicine, dosage, name of prescribing health care provider, date prescription was filled, and expiration date must be printed on the medicine container's pharmacy label. If the licensed health care provider completing the above authorization is not the prescribing provider, he or she must be employed by the same office or clinic as the prescribing provider. **Nonprescription Medication:** Must be furnished in the original sealed container labeled by the pharmaceutical company or other commercial distributor of the medicine.

Parent/Guardian Request, Permission and Release

I hereby request and give my permission for Weld RE-5J to administer to my child the medicine named in the Health Care Provider Authorization and Directions section above. I understand that it is my responsibility to provide the medication in the original pharmacy-labeled or pharmaceutical container that has the correct medication dosage identified for my student. I also understand the school may not alter or change any medications from their original form (e.g., cut or half pills, etc.). Additionally, in connection with my request, I hereby authorize the health care provider identified above to verify and consult with School District personnel regarding the information provided on this form. Finally, I hereby agree to release and hold harmless the School District, its board members, employees, and agents from any and all claims (except claims for willful and wanton acts or omissions) arising out of the administration of medicine to my child as provided in the Health Care Provider Authorization and Directions section above.

***Signature of Parent/Guardian:** _____ **Date:** _____
***Nurse Signature:** _____ **Date:** _____



Personal administrativo del distrito escolar RE-5J del condado de Weld
Medicina para un estudiante en la escuela o en una actividad patrocinada por la escuela

****Se debe presentar una Autorización y Liberación por escrito por separado cada año escolar para cada medicamento que será administrado por personal a un estudiante, y por cada cambio en la dosis, tiempo(s) y/o vía de administración de un medicamento.**

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Grado: _____ **Año escolar:** _____
Escuela a la que asiste el estudiante: _____ **Número de Fax:** _____
Escuela/Actividad donde se administrará el medicamento: _____

Autorización e instrucciones del proveedor de atención médica:

Nombre del medicamento: _____ **El medicamento es:** ☐ Prescripción
☐ No prescripción
Propósito del medicamento: _____
Dosis: _____ **Vía de administración:** _____
Hora(s) en que se administrará el medicamento: _____
Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____ **(Todas las autorizaciones vencen al final del año escolar)**
Posibles efectos secundarios de los medicamentos: _____ **Nombre del proveedor de atención médica:** _____ **Teléfono:** _____
***Firma del Proveedor:** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones especiales:
Prescripción médica: Debe entregarse en el envase original con la etiqueta de la farmacia. El nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, el nombre del proveedor de atención médica que lo receta, la fecha en que se surtió la receta y la fecha de vencimiento deben estar impresos en la etiqueta de la farmacia del envase del medicamento. Si el proveedor de atención médica autorizado que completa la autorización anterior no es el proveedor que prescribe, debe ser empleado del mismo consultorio o clínica que el proveedor que prescribe. **Medicamentos sin receta:** Debe entregarse en el envase original sellado y etiquetado por la compañía farmacéutica u otro distribuidor comercial del medicamento.

Solicitud, permiso y autorización de padres/tutores

Por la presente solicito y doy mi permiso para que Weld RE-5J le administre a mi hijo el medicamento mencionado en la sección Autorización e instrucciones del proveedor de atención médica anterior. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar el medicamento en la etiqueta original de la farmacia o en el envase farmacéutico que tenga la dosis correcta del medicamento identificada para mi estudiante. También entiendo que la escuela no puede alterar ni cambiar ningún medicamento de su forma original (por ejemplo, pastillas cortadas o medias pastillas, etc.). Además, en relación con mi solicitud, por la presente autorizo al proveedor de atención médica identificado anteriormente a verificar y consultar con el personal del Distrito Escolar con respecto a la información proporcionada en este formulario. Finalmente, por la presente acepto liberar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar, los miembros de su junta directiva, los empleados y los agentes de todos y cada uno de los reclamos (excepto los reclamos por actos u omisiones intencionales y sin sentido) que surjan de la administración de medicamentos a mi hijo según lo dispuesto en la sección anterior Autorización e instrucciones del proveedor de atención médica.

***Firma del padre/tutor:** _____ **Fecha:** _____

***Firma de la enfermera:** _____ **Fecha:** _____