



**OMAHA PUBLIC SCHOOLS
HEALTH SERVICES
MEDICATION PERMISSION FORM**

Dear Parent/Guardian,

The Omaha Public School district requires written authorization from a licensed prescriber and signed consent from the parent/guardian for any medication to be administered to a student by school personnel. This includes prescription medications, over-the-counter medications, and homeopathic medications.

By signing below, you acknowledge the following:

- It is the responsibility of the parent/guardian to provide updated medication orders annually and as changes occur.
- It is the responsibility of the parent/guardian to provide non-expired medications in the original pharmacy or manufacturer labeled container.
 - Medications in bags or other forms of "home packaging" will not be accepted due to safety concerns.
 - Controlled medications must be brought to school by an adult.
- Medication may be administered by the school nurse, health aide, or other school personnel competency trained in medication administration.
- If needed, the prescribing health care provider may be contacted by the school nurse for clarification on medication administration.

Parent/Guardian Authorization for Medication Administration at School:

I hereby authorize competency trained school personnel to administer the authorized medication to _____.
Student's Name

☐ By selecting this box, I give permission for my middle or high school student to transport their non-controlled medication home at the end of the school year.

Parent/Guardian Printed Name Parent/Guardian Signature Date

HEALTH CARE PROVIDER ORDERS FOR ADMINISTERING MEDICATION IN SCHOOL

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

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Time(s) of administration: _____ Purpose of Medication: _____

Additional Comments: _____

Health Care Provider Name Health Care Provider Signature Phone Number / /
Date of Order



**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA
SERVICIOS DE SALUD
FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTOS**

Estimado padre/tutor,

El distrito de las Escuelas Públicas de Omaha requiere la autorización por escrito de un médico autorizado y el consentimiento firmado del padre/tutor para que el personal de la escuela administre cualquier medicamento a un estudiante. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y medicamentos homeopáticos.

Al firmar a continuación, reconoce lo siguiente:

- Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar órdenes de medicamentos actualizadas anualmente y a medida que se hagan cambios.
- Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar medicamentos no vencidos en el envase original con la etiqueta del fabricante o de la farmacia.
 - Por motivos de seguridad, no se aceptarán medicamentos en bolsas u otras formas de "envases caseros".
 - Los medicamentos controlados deben ser traídos a la escuela por un adulto.
- Los medicamentos pueden ser administrados por la enfermera de la escuela, el asistente de enfermería u otro personal escolar capacitado en la administración de medicamentos.
- Si es necesario, la enfermera de la escuela se comunicará con el médico que receto el medicamento para obtener aclaraciones sobre la administración de medicamentos.

Autorización de los padres/tutores para la administración de medicamentos en la escuela:

Por la presente autorizo al personal escolar capacitado para administrar el medicamento autorizado.

a _____.
El nombre del estudiante

☐ Al seleccionar esta casilla, doy permiso para que mi estudiante de secundaria o preparatoria transporte su medicamento no controlado a casa al final del año escolar.

Nombre del padre/tutor (letra de molde)

Firma del padre / tutor

Fecha

**ÓRDENES DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
EN LA ESCUELA**

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

Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Hora(s) de administración: _____ Propósito del medicamento: _____

Comentarios adicionales: _____

Nombre del proveedor de
atención médica

Firma del proveedor de atención
médica

Número de teléfono

____ / ____ / ____
Fecha