



Permission to Administer Medication at School
Solicitud para administrar medicamentos en la escuela

District: Yakima	School:	Fax: (509) 573-5050	Phone:	Nurse:
----------------------------	---------	-------------------------------	--------	--------

Student/Estudiante: _____ Birthdate/Fecha de nac.: _____ Grade/Grado: _____

Part A: Give Medication at School: PARENT/GUARDIAN SECTION

Parte A: Administrar Medicamento en la Escuela: SECCIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

I request that the school nurse, or designated staff member, administer the medication prescribed below, in accordance with the healthcare provider instructions. **I understand that this information will be shared with school staff on a "need to know" basis. I have read and agree with the district medication policy.**

Yo pido que la enfermera o personal designado administre el medicamento recetado de abajo, de acuerdo con las instrucciones del médico. Entiendo que esta información se compartirá con el personal escolar en caso de que "sea necesario". He leído y estoy de acuerdo con la norma de administración de medicamentos del distrito.

By signing below I authorize that medical information pertaining to the listed condition and use of medication for this condition be exchanged with my student's school nurse in written and verbal forms. I further give permission for these orders to be faxed to the school.

Al firmar abajo doy autorización para que la información médica pertinente a la condición anotada y el uso de medicamento para esta condición sea comunicada con la enfermera de la escuela de mi hijo en forma verbal y escrita. También, doy permiso para que estas órdenes se envíen por fax a la escuela.

Parent/Guardian Signature _____	Date _____	Home phone / Emergency phone _____
Firma de Padre/Tutor legal _____	Fecha _____	Teléfono de casa / Teléfono de emergencia _____

OR Part A: Stop Medication at School: PARENT/GUARDIAN SECTION

O Parte A: Dejar de Administrar el Medicamento en la Escuela: SECCIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

☐ I no longer request having this medication at school for my student. I understand that I must provide provider signature below to confirm it is no longer a need for my child. I will notify the school nurse if my student's health care needs change. Failure to provide release may result in the exclusion of your student per RCW 28A.210.320.

☐ *Ya no solicito tener este medicamento en la escuela para mi estudiante. Yo entiendo que debo proveer la firma del médico abajo para confirmar que ya no es necesario para mi hijo. Yo notificaré a la enfermera de la escuela si cambia el cuidado de salud de mi estudiante. El no proveer la renuncia puede resultar en la exclusión de mi estudiante según RCW 28A.210.320.*

Parent/Guardian _____	Date _____
Firma de Padre/Tutor legal _____	Fecha _____

Part B: HEALTH CARE PROVIDER SECTION / SECCIÓN DEL MÉDICO

Diagnosis for which medication is to be given during school hours: _____

Name of medication: _____	Dose: _____	Route: _____	Time of day: _____
---------------------------	-------------	--------------	--------------------

If given **prn**, specify length of time between doses: _____

Signs/symptoms for medication to be administered _____

Possible side effects: _____ Emergency Action: _____ or ☐ 911

Duration of Order: mark one or more below

- ☐ Medication is ordered for school year _____ (which may include summer school).
☐ Medication to be given from ____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____
☐ Recommend student be allowed to self-carry medication and has been trained to self-administer.

OR ☐ I confirm that the student no longer needs medication at school (must sign below).

HCP Signature _____	Date _____
---------------------	------------

HCP Printed Name _____	Phone _____
------------------------	-------------

Approval to Self-Carry: _____	Nurse Signature: _____	Principal Signature: _____
	Date Granted: _____	Date Granted: _____