

Administering Medication to Students on Overnight Trips

Please return to your child's school with the Field trip permission form

Student Name: _____

Student Date of Birth: _____

Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Phone: _____

Physician's Name: _____

Physician's Phone: _____

MEDICATION INFORMATION:

Please list below **ALL** of the medications (*both prescription & over-the-counter*) that your child will require/ carry with them on this overnight trip: If you need more space, please fill out an additional form and include signatures on each form

- Prescription medications require a physician's and a parent's signature.
- Over-the-counter (OTC) medications require only a parent's signature.

Students are not allowed to carry or self-administer medications that are designated as controlled substances (e.g., Ritalin).

For all other medications, I give permission for my child to carry and administer allowed medications ☐ Yes ☐ No

1. Medication: _____ Dosage: _____ Frequency: _____

Time(s) to be given: _____ Reason for this medication: _____

2. Medication: _____ Dosage: _____ Frequency: _____

Time(s) to be given: _____ Reason for this medication: _____

3. Medication: _____ Dosage: _____ Frequency: _____

Time(s) to be given: _____ Reason for this medication: _____

4. Medication: _____ Dosage: _____ Frequency: _____

Time(s) to be given: _____ Reason for this medication: _____

5. Medication: _____ Dosage: _____ Frequency: _____

Time(s) to be given: _____ Reason for this medication: _____

AUTHORIZATION:

The signatures below are valid through July 31 of this academic fiscal year for the medication(s) listed above. Please save a copy of this form for your records. The original form will be saved in the Nurse's office for future overnight trips. **If new medications are added for future fieldtrips, a new form and signatures will be required.**

I, the prescribing physician, am willing to accept direct communication from the person dispensing and administering the above medication(s).

Physician's Signature: _____

Date: _____

(Signature required for all prescription medications not already on file only)

Parent/Guardian Consent:

- I hereby grant permission for my child to take the above medications while on the field trip, as ordered, and authorize school personnel to contact my child's physician if necessary.
- I agree to provide the medication in the original, properly labeled container. A pharmacy label is required for all prescription medications.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

(Signature required for all prescription and nonprescription medication)

Administración de medicamentos a estudiantes en viajes nocturnos

Por favor, devuélvalo a la escuela de su hijo con el formulario de permiso para excursión.

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Padre/Tutor: _____

Teléfono del padre/tutor: _____

N del médico nombre: _____

Teléfono del médico: _____

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS:

Enumere a continuación **TODOS** los medicamentos (*tanto con receta como sin receta*) que su hijo/a necesitará/llevará consigo en este viaje nocturno: Si necesita más espacio, complete un formulario adicional que incluye firmas en cada formulario.

- Los medicamentos recetados requieren la firma de un médico y de un padre o tutor.
- Los medicamentos de venta libre (OTC) requieren únicamente la firma de un padre.

Los estudiantes no tienen permitido portar ni autoadministrarse medicamentos que estén clasificados como sustancias controladas (por ejemplo, Ritalin). Para todos los demás medicamentos, doy permiso para que mi hijo/a lleve y se administre los medicamentos permitidos. ☐ Sí ☐ No

1. Medicamento: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

Horario(s) a dar: _____ Motivo de este medicamento: _____

2. Medicamento: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

Horario(s) a dar: _____ Motivo de este medicamento: _____

3. Medicamento: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

Horario(s) a dar: _____ Motivo de este medicamento: _____

4. Medicamento: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

Horario(s) a dar: _____ Motivo de este medicamento: _____

5. Medicamento: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

Horario(s) a dar: _____ Motivo de este medicamento: _____

AUTORIZACIÓN:

Las firmas que aparecen a continuación son válidas hasta el 31 de julio de este año académico para los medicamentos mencionados anteriormente. Guarde una copia de este formulario para sus archivos. El formulario original se guardará en la oficina de la enfermera para futuras excursiones con pernoctación. **Si se añaden nuevos medicamentos para futuras excursiones, se requerirá un nuevo formulario y las firmas correspondientes.**

Yo, el médico prescriptor, estoy dispuesto a aceptar la comunicación directa de la persona que dispensa y administra los medicamentos mencionados anteriormente.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

(Se requiere firma para todos) prescripción medicamentos que no estén ya archivados únicamente)

Consentimiento de los padres/tutores:

- Por la presente, autorizo a mi hijo/hija a tomar los medicamentos mencionados anteriormente durante la excursión, según lo indicado, y autorizo al personal de la escuela a comunicarse con el médico de mi hijo/a si es necesario.
- Me comprometo a entregar el medicamento en su envase original y debidamente etiquetado. Se requiere una etiqueta de farmacia para todos los medicamentos recetados.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

(Se requiere firma para todos) con y sin receta medicamento)