SCHOOL DISTRICT OF JEFFERSON

ADMINISTERING MEDICATION TO STUDENTS

(Please return to your child's school)

Student Name_____ Practitioner's Name _____

Date of Birth _____ Gender ☐M ☐F ☐Other Clinic Name _____

School _____Grade_____ Practitioner's Address_____

Parent/Guardian _____ _____

Home / Cell Phone_____ Practitioner's Phone _____

Work Phone_____ Practitioner's Fax _____

****

Medication _____ **Dosage** _____ **Frequency** _____

Time(s) to be given_____ Reason for this medication _____

Start Date _____ End Date _____ OR (EOSY- End of School year)

☐ Tablet/Capsule ☐ Liquid ☐ Inhaler ☐ Nebulizer ☐ Injection ☐Other _____

If given on an "as needed" basis, please describe _____

Special instructions _____

Side effects (expected or predictable) _____

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

I give permission for my child to carry and administer **allowed** medication ☐ Yes ☐ No (When age appropriate)

****

To Parent/Guardian/Practitioner:
In accordance with state law, trained school staff may administer medications to students only with the completed form and signatures as follows:

★ **Prescription medications** - Practitioner's directions and dose, signatures for consent from Parent/Guardian and Practitioner.

★ **Non-prescription medication** - Packaging directions and dose, signature for signed consent from the student's parent/guardian.
Note: Higher doses than on the packaging requires signatures for consent from Parent/Guardian and Practitioner.

Authorizing Practitioner: I am willing to accept direct communication from the person dispensing and administering the above medication.

Practitioner's Signature: _____ **Date:**_____
(Signature required for all prescription medications)

Parent/Guardian Consent:

- I hereby grant permission for my child to take the above medication while at school or school-sponsored activity, per this order, and authorize school personnel to contact my child's physician if necessary.
- I agree to provide the medication in the **original, properly labeled packaging.** A pharmacy label is required for all prescription medications. For safety and liability reasons, medication received in any container or package other than the original will not be acceptable for staff to administer medication to your child.
- By signing this form, you release the Board of Education, its agents and employees from any and all liability which may result from taking this medication.

Parent/Guardian Signature: _____**Date:**_____
_____*(Signature required for all prescription and nonprescription medications)*

ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A LOS ESTUDIANTES

(Favor de regresar esta hoja a la escuela)

Nombre del estudiante _____ Nombre del médico _____

Fecha de Nacimiento _____ ☐M ☐F ☐Otro Nombre de la clínica _____

Escuela _____Grado_____ Dirección del médico_____

Padre/Tutor _____ _____

Teléfono _____ Teléfono del médico_____

Teléfono del trabajo _____ Fax del médico _____

****

Medicamento_____ Dosis_____ Frecuencia_____

Tiempo a asignar_____ Reason for this medication _____

Fecha de inicio _____ Última fecha _____ O (EOSY - Fin del año escolar)

☐ Pastilla/Cápsula ☐ Líquido ☐ Inhalador ☐ Nebulizador ☐ Inyeccion ☐Otro _____

Si se administra según sea necesario, por favor, descríbalo _____

Instrucciones especiales _____

Efectos secundarios (esperados o predecibles) _____

Los estudiantes no tienen permitido portar ni administrarse a sí mismos medicamentos clasificados como sustancias controladas (por ejemplo, Ritalin). Para todos los demás medicamentos permitidos:

Doy permiso para que mi hijo/a lleve y administre los medicamentos **permitidos**. ☐ Si ☐ No

(Cuando sea apropiado para la edad.)

****

A los Padres/ Tutores/ Medico:

De acuerdo con la ley estatal, el personal escolar capacitado puede administrar medicamentos a los estudiantes solo con el formulario debidamente cumplimentado y las firmas correspondientes, de la siguiente manera:

★ **Medicamentos recetados**- Instrucciones y dosis indicadas por el médico, firmas de consentimiento del padre/tutor y del médico.

★ **Medicamentos sin receta** - Instrucciones de envasado y dosificación, firma para el consentimiento informado del padre/madre o tutor del estudiante. **Nota: Las dosis superiores a las indicadas en el envase requieren la firma de consentimiento del padre/madre/tutor y del médico.**

Médico autorizante: Estoy dispuesto a aceptar la comunicación directa de la persona que dispensa y administra el medicamento mencionado anteriormente.

Firma del médico: _____ Fecha:_____

(Se requiere firma para todos los medicamentos recetados.)

Consentimiento del padre/tutor:

- Por la presente, autorizo a mi hijo/a a tomar el medicamento mencionado anteriormente mientras se encuentre en la escuela o en una actividad patrocinada por la escuela, según lo indicado en esta orden, y autorizo al personal escolar a ponerse en contacto con el médico de mi hijo/a si fuera necesario.
- Me comprometo a proporcionar el medicamento en su envase original y debidamente etiquetado. Se requiere una etiqueta de farmacia para todos los medicamentos recetados. Por razones de seguridad y responsabilidad legal, no se aceptará ningún medicamento que se reciba en un envase o paquete diferente al original para su administración a su hijo/a por parte del personal.
- Al firmar este formulario, usted exime a la Junta de Educación, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pudiera derivarse de la administración de este medicamento.

Firma del padre/madre/tutor: _____Fecha:_____

_____*(Se requiere firma para todos los medicamentos, tanto con receta como sin receta.)*