Oldham County Schools
Authorization to administer prescription or over-the-counter medicines

09.2241 AP.21

If your child requires prescription medication during school hours, or you choose to bring in OTC medication, we **must** have this form completed and signed by the parent/guardian **AND** signed by a healthcare provider prior to administering or accepting the medication. This form may be emailed, faxed or turned into the school. Any changes to the medication will require a new authorization.

School Year_____

Student Name:_____DOB:_____

School:_____Grade:_____Allergies:_____

1. Medication:_____ Dose:_____

Dosing Instructions:_____

Specific time to give:_____Route:_____

Start med when form rec'd: ☐Yes ☐No Other:_____Stop at end of school year: ☐Yes ☐No Other:_____

2. Medication:_____ Dose:_____

Dosing Instructions:_____

Specific time to give:_____Route:_____

Start med when form rec'd: ☐Yes ☐No Other:_____Stop at end of school year: ☐Yes ☐No Other:_____

3. Medication:_____ Dose:_____

Dosing Instructions:_____

Specific time to give:_____Route:_____

Start med when form rec'd: ☐Yes ☐No Other:_____Stop at end of school year: ☐Yes ☐No Other:_____

_____ _____ _____
Physician's Signature Phone Date

_____ _____
Print Physician's Name Address

***Parent/Guardian must bring prescription medication to the school in a current, original, pharmacy-labeled container. All prescription medicine will be counted upon receipt with parent/guardian and school personnel. OTC medication must be in a small unopened container.**

I hereby authorize school personnel to administer the above medication to my child and release the school, the Oldham County Board of Education and its employees from any liability that may occur from the administering of this medication according to the instructions on this form. Parent/Guardian hereby gives consent to the Oldham County Board of Education and its employees and for the child's physician to discuss his or her medical condition or medication administration referenced above with school or district personnel to assist them in planning for my child's care while at school or school events.

_____ _____ _____
Parent/Guardian Signature Phone Date

Oldham County Schools
Authorization to administer prescription or over-the-counter medicines

09.2241 AP.21

Date	Name, Strength(mg), number of pills counted/received by school staff	Staff Signature*	Parent/Guardian Signature

*An Oldham County Board of Education staff signature confirms:
1. "Parent Authorization to Give Medication" has been reviewed by OCBE staff regarding the receipt of the above prescribed medication and there is "NO CHANGE" regarding the Name of Medication, Strength, Dosage, Route or Time this medication is to be administered by school staff.

SPECIAL NOTES:_____

Oldham County Schools
Authorization to administer prescription or over-the-counter medicines

09.2241 AP.21

Si su estudiante necesita medicación recetada durante el horario escolar, o si decide traer medicación sin receta, **debemos** tener este formulario completado y firmado por el padre/tutor **Y** firmado por un profesional sanitario antes de administrar o aceptar la medicación. Este formulario puede enviarse por correo electrónico, fax o entregarse en la escuela. Cualquier cambio en la medicación requerirá una nueva autorización.

Año escolar_____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Alergias: _____

1. Medicamento:_____ Dosis:_____

Instrucciones de dosificación:_____

Hora específica para entregar: _____ ¿Cómo se administra el medicamento?: _____

Comience cuando reciba el formulario: □Sí □No Otro:_____Finalizar al final del año escolar: □Sí □No Otro:_____

2.Medicamento:_____ Dosis:_____

Instrucciones de dosificación:_____

Hora específica para entregar: _____ ¿Cómo se administra el medicamento?: _____

Comience cuando reciba el formulario: □Sí □No Otro:_____Finalizar al final del año escolar: □Sí □No Otro:_____

3. Medicamento:_____ Dosis:_____

Instrucciones de dosificación:_____

Hora específica para entregar: _____ ¿Cómo se administra el medicamento?: _____

Comience cuando reciba el formulario: □Sí □No Otro:_____Finalizar al final del año escolar: □Sí □No Otro:_____

_____ _____ _____
Firma del médico Teléfono Fecha

_____ _____
Imprimir Nombre del médico Dirección

***Los padres o tutores deben traer los medicamentos recetados a la escuela en su envase original, vigente y con la etiqueta de la farmacia. Todos los medicamentos recetados se contarán al recibirlos en presencia de los padres o tutores y el personal de la escuela. Los medicamentos de venta libre deben estar en un envase pequeño sin abrir.**

Por la presente autorizo al personal escolar a administrar el medicamento mencionado anteriormente a mi hijo y eximo a la escuela, a la Junta de Educación del Condado de Oldham y a sus empleados de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de la administración de este medicamento de acuerdo con las instrucciones de este formulario. El padre/tutor por la presente da su consentimiento a la Junta de Educación del Condado de Oldham y a sus empleados, así como al médico del niño, para que comenten su estado de salud o la administración de la medicación mencionada anteriormente con el personal de la escuela o del distrito, con el fin de ayudarles a planificar el cuidado de mi hijo mientras está en la escuela o en eventos escolares.

_____ _____ _____

Oldham County Schools
Authorization to administer prescription or over-the-counter medicines

09.2241 AP.21

Firma del padre/tutor Teléfono Fecha

Date	Name, Strength(mg), number of pills counted/received by school staff	Staff Signature*	Firma del padre/tutor

*An Oldham County Board of Education staff signature confirms:
1. "Parent Authorization to Give Medication" has been reviewed by OCBE staff regarding the receipt of the above prescribed medication and there is "NO CHANGE" regarding the Name of Medication, Strength, Dosage, Route or Time this medication is to be administered by school staff.

Oldham County Schools
Authorization to administer prescription or over-the-counter medicines

09.2241 AP.21

SPECIAL NOTES:_____