

Request for Medication Administration at _____ School, Fax # _____
Required by Colorado law for All *Prescription or Over-the-Counter Medications*

Student: _____ DOB: _____ Grade: _____

The parent/guardian of the above student requests that the school nurse or medication-trained staff give the medication listed below according to the Health Care Provider's signed instructions below. *Per the Colorado Nurse Practice Act, the parent/guardian must:*

1. Give medication to the Health Office. Pick up expired or unused medication within one week, or medication will be disposed of. General medications are sent home the last week of school, unless it is a controlled substance or an Epi-pen.

2. Prescription and/or over-the-counter medication must come with a *doctor's order, and parent permission, and be in the original, non-expired, container. Pharmacy-labeled containers* must have the name of the student, the medicine, the time to be given, the dosage, the date the medicine is to be stopped, and the licensed health care provider's name. The pharmacy name and phone number must also be included on the label. *Please ask the pharmacy staff for a separate medication bottle to be kept at school.*

3. Sharing of information: By signing this, I give permission for the school health staff to communicate with the health care provider(s), pharmacy, or other appropriate person/clinic re: this student's medical condition or medication (by phone, fax, email, or scan) on issues re: dosing, student's refusal to take meds, side effects, reports of suicidal thoughts, etc. It is understood that the medication is administered solely at the request of & as an accommodation to the undersigned parent or guardian. Note: A Health Care Plan may be required to be on file.

4. Release of Liability: In consideration of the acceptance of the request to perform this service by the school nurse or other designee employed by PCS & its district, the undersigned parent or guardian hereby agrees to release PCS, its district, and its personnel from any legal claim which they now have or may hereafter have to arise out of side effects or other medical consequences of the medication.

I hereby give my permission for the above student to take the medication as ordered.

Parent/Legal Guardian's Printed Name _____ Date: _____
Parent/Legal Guardian's Signature _____ Cell: _____
Email: _____ Work #: _____

Health Care Provider (HCP) Authorization to Administer Medication at School (to be filled out by HCP)

Medication (*one per form*): _____ Dose: _____ Route: _____ Time: _____

Purpose of Medication: _____ Side effects: _____

Allergies: _____ Other information: _____

May Student self-carry (Self Carry Contract needed)? Yes No May Student self-administer? Yes No

Starting Date: _____ Ending Date: _____ or ☐ 1 calendar year from start date.

Print HCP Name: _____ License Number: _____

Signature of HCP: _____ Date: _____

Clinic Name: _____ Phone: _____ FAX: _____

Permiso para la administración de medicamentos en la escuela _____, Fax # _____
Requerido por la Ley de Colorado para todos los *medicamentos recetados o de venta libre*

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

El padre, madre o tutor del estudiante mencionado(a) da permiso a la enfermera escolar o al personal capacitado para administrar el medicamento indicado a continuación según las instrucciones firmadas del proveedor de atención médica a continuación. *De acuerdo con la Ley de Práctica de Enfermería de Colorado, el padre, madre o tutor debe:*

1. Entregar el medicamento a la enfermería escolar. Recoger los medicamentos vencidos o sin usar dentro de una semana, de lo contrario, serán desechados. Los medicamentos generales se enviarán a su casa la última semana de clases, a menos que sean sustancias controladas o un Epi-pen.

2. Los medicamentos recetados y/o de venta libre *deben venir con una orden del médico y el permiso de los padres, y deben estar en su envase o frasco original y no vencido.* Los envases etiquetados por la farmacia deben incluir el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la hora que se debe administrar, la dosis, la fecha en que se debe suspender el medicamento, y el nombre del proveedor de atención médica autorizado. El nombre y el número de teléfono de la farmacia también deben estar incluidos en la etiqueta. *Por favor, pida al personal de la farmacia un frasco adicional del medicamento para tenerlo en la escuela.*

3. Compartir información: Al firmar esto, doy permiso al personal de enfermería de la escuela a comunicarse con los proveedores de atención médica, la farmacia u otras personas/clínicas apropiadas respecto a la condición médica o al medicamento de este estudiante (por teléfono, fax, correo electrónico o escaneo) en temas relacionados con la dosificación, si el/la estudiante se rehúsa a tomar el medicamento, efectos secundarios, informes de pensamientos suicidas, etc. Se entiende que el medicamento se administra únicamente a solicitud del padre, madre o tutor firmante y como una acomodación para ellos. *Nota:* Puede ser necesario tener un Plan de Atención Médica archivado.

4. Liberación de responsabilidad: Tomando en cuenta la aceptación de la solicitud para realizar este servicio por la enfermera de la escuela u otro personal designado por PCS y su distrito, el padre, madre o tutor que firma a continuación acepta liberar a PCS, su distrito y su personal de cualquier reclamación legal que tenga ahora o pueda tener en el futuro debido a los efectos secundarios u otras consecuencias médicas del medicamento.

Por la presente, doy mi permiso para que el estudiante mencionado tome el medicamento según lo indicado.

Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor legal _____ # Cel: _____

Correo electrónico: _____ # Tel. trabajo: _____

Health Care Provider (HCP) Authorization to Administer Medication at School (to be filled out by HCP)

Debe ser completado por el Proveedor de Atención Médica

Medication (one per form): _____ Dose: _____ Route: _____ Time: _____

Purpose of Medication: _____ Side effects: _____

Allergies: _____ Other information: _____

May Student self-carry (Self Carry Contract needed)? Yes No May Student self-administer? Yes No

Starting Date: _____ Ending Date: _____ or ☐ 1 calendar year from start date.

Print HCP Name: _____ License Number: _____

Signature of HCP: _____ Date: _____

Clinic Name: _____ Phone: _____ FAX: _____