Non-Prescription Medication Administration Checklist

☐ **Non-Prescription Medication Permission Form**
- ○ Must be completed by a legal parent or guardian
- ○ Medication will not be administered without a completed form!

☐ **Original Container**
- ○ Medications must be in the original container and labeled with the scholar's name
- ○ Medications in bags or containers other than the original will NOT be accepted

☐ **ONLY ADULTS Can Provide Medications to School**
- ○ Medications may not be sent to school with the scholar unless prior arrangements are made with the school nurse for that campus. All controlled medications require drop off.

☐ **Special Circumstances for OTC Medications**
- ○ If OTC medications are needed for longer than **2 consecutive weeks**, **outside the Instructions on the label**, **or in ways that are not permitted by school policy** (e.g., cough drops in Kindergarten), **additional documentation is required.** In these cases, a licensed healthcare provider must complete an *Extended/Off-Label OTC Medication Authorization Form* with clear instructions, timeframe, and signature. This form can be provided by your school nurse.

****Ensure the form is completely filled out and signed in the appropriate places!****

If you have any questions or need assistance, please contact the school nurse:

Kaylynn M. Hayes, BSN, RN
School Nurse-Elementary
Legacy Early College
Khayes@legacyearlycollege.org

Jennifer Ramey, BSN, RN
School Nurse -Middle /High Parker
Office: 864-214-1631
jramey@legacyearlycollege.org

Nurse Fax #: 864-383-6293

Lista e verificación de medicamentos sin receta

Formulario de permiso para medicamentos sin receta

- ○ Debe ser completado por un padre o tutor legal.
- ○ ¡No se administrarán medicamentos sin un formulario completo!

Contenedor original

- ○ Los medicamentos deben estar en el envase original y etiquetados con el nombre del estudiante.
- ○ NO se aceptarán medicamentos en bolsas o envases distintos al original.

Solo los adultos pueden proporcionar medicamentos a la escuela

- ○ No se pueden enviar medicamentos a la escuela con el estudiante a menos que se hagan arreglos previos con la enfermera de la escuela de ese campus.

Circunstancias especiales para medicamentos de venta libre (OTC)

- ○ Si se necesitan medicamentos de venta libre por más de 2 semanas consecutivas, fuera de las instrucciones de la etiqueta, o de maneras que no están permitidas por la política escolar (por ejemplo, caramelos para la tos en Kindergarten), se requiere documentación adicional. En estos casos, un proveedor de atención médica con licencia debe completar un **Formulario de Autorización de Medicamentos OTC Prolongados/Fuera de Indicación** con instrucciones claras, el período de tiempo y su firma. Este formulario puede ser proporcionado por la enfermera escolar.

**** ¡Asegúrese de que el formulario esté completamente completado y firmado en los lugares apropiados! ****

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con la enfermera de la escuela

Kaylynn M. Hayes, BSN, RN
Enfermera escolar de primeria
Legacy Early College
Khayes@legacyearlycollege.org

Jennifer Ramey, BSN, RN
Enfermera escolar de Secundaria
Office: 864-214-1631
jramey@legacyearlycollege.org

Fax de la Enfermería: 864-383-6293

LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

Permission for School Administration of Non-Prescription Medication

Medications should be administered by a parent or guardian before or after school hours, when possible. Over the counter medications may only be given within the limits and according to the instructions printed on the container of the package insert. Medications must be provided to the school by the parent or guardian in the **original <u>new & unopened</u> container**. Please note that the school may reject requests for certain medications to be given at school.

A **separate form** for each medication is required when requested to be given at school. If the medication is to be given to more than one of your children, complete a separate form for **each child**.

Scholar: DOB: Teacher:

Is your child allergic to any food, medicines, or other items? ☐ No ☐ Yes (If yes, list allergies)

Name of medication to be given at school:

Reason for medication:

Dose:
Frequency:

ONLY CHECK ONE BOX:

☐ This medication to be administered as needed for the following symptoms:
_____

☐ This medication is to be given at _____am/pm, for_____ days.
Start date: _____(Medication may not exceed the **dosing or duration** indicated on the manufacturer's label without a provider's order).

Expiration date of medication:

Parent/Guardian Name and Phone Number

Nurse Received date and initials:

Date Initials

Child's Health Care Provider's Name & Address:

Office phone number:

I give permission for my child to be given the above medication as prescribed. I give permission for the school nurse or school administrator to contact the health care provider named above or the pharmacist who filled the prescription to discuss this medication and my child's health. I give permission for the health care provider named above, the pharmacist, and/or their designated employees to provide information about the medication and my child's health to the school nurse or school administrator. I understand that the school may require that I agree to the school's rules about medications before this medicine will be given at school. I understand that I am responsible for notifying the school if my child's medications change in any way.

_____ _____
Signature of Parent/ Guardian Date

_____ _____
Print Name of Parent/ Guardian Day Phone Number

KB 5/26

LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

Para la administración escolar de medicamentos sin receta

Los medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible.Los medicamentos de venta libre sólo se pueden administrar dentro de los límites y de acuerdo con las instrucciones impresas en el envase del prospecto. Los medicamentos deben ser proporcionados a la escuela por el padre o tutor en un envase nuevo y sin abrir. Tenga en cuenta que la escuela puede rechazar solicitudes de que se administran ciertos medicamentos en la escuela.

Por favor complete de forma **separada cada** medicamento que se administra en la escuela. Si el medicamento se le va a administrar a más de uno de sus hijos, complete un formulario por separado para cada **niño**.

Estudiante: Fecha de Naci: Maestro (a):

¿Su hijo es alérgico a algún alimento, medicamento u otros artículos?☐No☐Sí (en caso afirmativo, indique las alergias)

Nombre del medicamento que se dará en la escuela.:

Motivo de la medicación:

Dosis:
Frecuencia:

MARCA SOLO UNA CASILLA:

☐ Este medicamento se administrará según sea necesario para los siguientes síntomas: _____

☐ Este medicamento debe administrarse en _____ (am/pm) durante ____ días, A partir de esta fecha: _____.
(El medicamento no debe exceder la dosis ni la duración indicadas en la etiqueta del fabricante sin una orden de un proveedor de salud).

Fecha de caducidad del medicamento:

Nombre del padre/madre o tutor y número de teléfono:

Fecha de recepción por la enfermera escolar e iniciales

(Fecha)Date (Iniciales) Initials

Nombre y dirección del proveedor de atención médica del niño: Número de teléfono de la oficina:

Doy permiso para que a mi hijo se le administre el medicamento mencionado anteriormente según lo recetado. Doy permiso para que la enfermera de la escuela o el administrador de la escuela se comuniquen con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente o con el farmacéutico que surtió la receta para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo. Doy permiso para que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, el farmacéutico y/o sus empleados designados proporcionen información sobre el medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera o al administrador de la escuela. Entiendo que la escuela puede exigir que acepte las reglas de la escuela sobre medicamentos antes de que este medicamento se administre en la escuela. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera.

_____ _____
Firma del padre / tutor Fecha

_____ _____
Nombre en letra de imprenta del padre/tutor Número de teléfono del día

KB 5/26