LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

Prescription Medication Checklist

- ☐ **Permission Form:** complete the attached permission form. Be sure to sign and date the form beforehand if you plan to drop it off with the physician for completion!
- ☐ **Controlled Substances (typically ADHD medications):** *must be counted when they are received. A parent/guardian or specified adult must sign as a witness.*
- ☐ **Must be in a properly labeled medication bottle:** a prescription label must be affixed with the scholar's name, medication, dosage, and instructions that match the permission form.
- ☐ **Only ADULTS may bring medications on campus:** the person delivering the medication must be over the age of 18. Scholars are NOT allowed to carry medications on campus. Please contact the school nurse for alternative options. If you have any questions or need assistance, please contact the school nurse.

Kaylynn Hayes, BSN, RN
School Nurse- Elementary
Office: 864-214-1632
khayes@legacyearlycollege.org

Jennifer Ramey, BSN, RN
School Nurse - Middle /High Parker
Office: 864-381-7006
jramey@legacyearlycollege.org

Nurse Fax #: 864-383-6293

Lista de verificación de medicamentos recetados

- ☐ **Formulario de permiso:** Complete el formulario de permiso adjunto. ¡Asegúrese de firmar y fechar el formulario de antemano si planea entregárselo al médico para que lo complete!
- ☐ **Sustancias controladas (normalmente medicamentos para el TDAH):***deben contarse cuando se reciben. Un padre/tutor o un adulto específico debe firmar como testigo*.
- ☐ **Debe estar en un frasco de medicamento debidamente etiquetado.:**Se debe colocar una etiqueta de receta con el nombre del estudiante, el medicamento, la dosis y las instrucciones que coincidan con el formulario de permiso.
- ☐ **Sólo los ADULTOS pueden traer medicamentos al campus.:**la persona que entrega el medicamento debe ser mayor de 18 años. Los estudiantes NO pueden llevar medicamentos al campus. Comuníquese con la enfermera de la escuela para conocer opciones alternativas.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Kaylynn Hayes, BSN, RN
Enfermera escolar - escuela primaria
Oficina: 864-214-1632
Khayes@legacyearlycollege.org

Jennifer Ramey, BSN, RN
Enfermera escolar -escuela secundaria
Oficina: 864-214-1632
jramey@legacyearlycollege.org

Número de fax de la enfermera:864-383-6293

LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

Permission for School Administration of Prescription Medication

Medications should be administered by a parent or guardian before or after school hours, when possible. Initial doses of a medication that a child has never taken before should not be given at school. Medication to be given at school should be accompanied by this form, completed with the prescribing physician's signature, and provided to the school in the original labeled container provided by the pharmacist who filled the prescription. "Sample" medications must be provided in a container that appropriately identifies the medication and must be accompanied by a note signed and dated by the prescribing health care provider that includes the student's name, directions for proper administration, and the name, address, and phone number of the prescribing health care provider.

Scholar's Name	Grade	Date of Birth
_____	_____	_____

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

Medication:		Dosage:
Purpose of Medication:		Route:
Time medication to be given at school:	Frequency (i.e. daily)	Note any special storage requirements: □ Refrigerate □ None (*please specify*):
Possible Side Effects:		Estimated number of days medication will be given at school (choose one): ☐_____ days ☐_____ weeks ☐ until the end of the current school year
Stamp, Print or Type Health Care Provider's Name, & Address:		Office phone number:

HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE:_____

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
_____	_____

LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

Permiso para la Administración Escolar de Prescripción médica

Los medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible. Las dosis iniciales de un medicamento que un niño nunca ha tomado antes no deben administrarse en la escuela. Los medicamentos que se administrarán en la escuela deben ir acompañados de este formulario, completados con la firma del médico que los recetó y entregados a la escuela en el envase original con la etiqueta proporcionada por el farmacéutico que surtió la receta. Los medicamentos de "muestra" deben proporcionarse en un recipiente que identifique adecuadamente el medicamento y deben ir acompañados de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que los recetó que incluya el nombre del estudiante, las instrucciones para la administración adecuada y el nombre, la dirección y el teléfono. número del proveedor de atención médica que prescribe.

_____ _____ _____

Nombre de Estudiante | Grado | Fecha de nacimiento

¿Es su hijo alérgico a algún alimento, medicamento u otros artículos? ☐No ☐Sí (En caso afirmativo, enumere las alergias)

Medicamento:		Dosis:
Propósito de la medicación:		Ruta:
Horario de medicación a administrar en el colegio:	Frecuencia (es decir, diariamente)	Tenga en cuenta cualquier almacenamiento especial requisitos:
Posibles efectos secundarios:	Número estimado de días que se administra el medicamento en la escuela (elija uno): ☐_____ días☐_____ semanas ☐hasta el final del año escolar actual	

Selle, imprima o escriba a máquina el nombre y la dirección del proveedor de atención médica:	Número de teléfono de la oficina:

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:_____

Doy permiso para que a mi hijo se le administre el medicamento anterior según lo prescrito. Doy permiso para que la enfermera escolar o el administrador escolar 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 brinden información sobre el medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera escolar o al administrador escolar. Entiendo que la escuela puede requerir que esté de acuerdo con 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

_____ _____

Escriba el nombre del padre/tutor | Número de teléfono del día