



Medication/Treatment Administration Request

Solicitud de Administración de Medicamentos/Tratamiento

Student
Picture
Campus
Provided

Parent/Guardians, by initialing below, you understand the following GISD Medication Procedures:

- For all medications dispensed in the clinic, I must provide a signed physician's order, including over-the-counter medications. It must be signed **on or after June 1** for the upcoming school year, and medications will not be accepted without the appropriate completed forms and required signatures.
- I agree to provide all prescription medications in their unexpired prescription containers, with a pharmacy label that includes the student's name, medication name, and dispensing directions.
- A new order is required for any change in dosage or medication for prescriptions and over-the-counter medications.
- Controlled substances will be counted, and the quantity verified by the parent/guardian and designated GISD personnel upon delivery and pickup.
- All over-the-counter medications must be provided in their original, unexpired, and unopened containers.
- Narcotic pain medications prescribed for temporary medical conditions will **not** be administered or kept on campus.
- Any initial/first doses of any medications will **not** be administered in the clinic. I also understand that scheduled medications will only be administered at school if a specific time of administration during school hours is prescribed.
- Medications must be kept in the school clinic and administered by a designated GISD Personnel member, except for a student who has a separate self-carry form on file for emergency medications (e.g., Inhaler, EpiPen, Glucagon).
- Medications will **not** be sent home with students, and I agree to pick up all medications, whether prescriptions or over-the-counter, except for the student with a self-carry form on file. Inhalers and Epinephrine may be sent home with students at the end of the school year with parent permission. I understand that all remaining medications not picked up will be disposed of on the last day of school, per protocol, or within 5 days after discontinuation of use.
- GISD personnel will **not** administer any medications that are not FDA-approved. This includes but is not limited to herbal substances, anabolic steroids, and dietary substances. Exceptions may be granted if prescribed by a physician and required by the IEP or Section 504 plan of a student with a disability. Reliable information must be provided in writing and signed by the physician regarding safe use of the product, including side effects, toxicity, drug interactions, and adverse effects.
- The Registered Nurse/Licensed Vocational Nurse has the responsibility and authority to refuse to administer medications that, in the nurse's judgment, are contraindicated for administration to the student as per the Nurse Practice Act, Section 217.11.

Parent/Guardian Initial

P A R E N T	Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____
	- I give permission for the designated Georgetown ISD personnel to administer this medication in accordance with the physician's instructions below. - I give permission for the school to contact the healthcare provider listed below regarding the administration of this medication. - I understand that the School District, the Board, and its employees shall be immune from civil liability for allergic reactions or other injuries resulting from the administration of medication to a student, provided that such administration conforms to the requirements of this policy.
	Parent/Guardian Print Name _____ Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Phone _____
P H Y S I C I A N	Medication/Treatment: _____ Dosage: _____ (One form per medication/treatment)
	Route: _____ Time: _____ Special Instructions, Precautions, Side Effects _____
	Condition for which the medication is administered: _____
	Duration (Dates) of Administration: From _____ To _____ (Limit: One School Year)
	Provider Print Name _____ Provider Signature _____ Date _____ Phone _____ Fax _____



Medication/Treatment Administration Request Solicitud de Administración de Medicamentos/Tratamiento

Student
Picture

Campus
Provided

Padres/Tutores: al rubricar a continuación, ustedes comprenden los siguientes Procedimientos de Medicación del GISD:

- Para todos los medicamentos que se administren en la clínica, debo presentar una orden médica firmada, lo cual incluye también los medicamentos de venta libre. Dicha orden debe estar firmada **a partir del 1 de junio** para el próximo año escolar; asimismo, no se aceptarán medicamentos sin los formularios debidamente completados y con las firmas requeridas.
- Me comprometo a proporcionar todos los medicamentos recetados en su envase original, sin estar vencidos y con la etiqueta de la farmacia que indique el nombre del estudiante, el nombre del medicamento y las instrucciones de administración.
- Se requiere una nueva orden para cualquier cambio de dosis o de medicamento, tanto de los recetados como de los de venta libre.
- Las sustancias controladas serán contadas y su cantidad verificada por el padre, la madre o el tutor y por el personal designado del GISD, tanto en la entrega como en la devolución.
- Todos los medicamentos de venta libre deben entregarse en su envase original, sin caducar ni abrir.
- Los medicamentos narcóticos recetados para el dolor por condiciones médicas temporales no se administrarán ni se almacenarán en la escuela.
- No se administrarán en la clínica las dosis iniciales ni las primeras dosis de ningún medicamento. También comprendo que los medicamentos programados solo se administrarán en la escuela si se ha prescrito un horario de administración específico durante el horario escolar.
- Los medicamentos deben conservarse en la clínica escolar y ser administrados por personal designado del GISD, a excepción de aquellos estudiantes que cuenten con un formulario de autorización para portar medicamentos consigo (self-carry form) archivado para casos de emergencia (p. ej., inhaladores, EpiPens, glucagón).
- No se enviarán medicamentos a casa con los estudiantes, y me comprometo a recoger todos los medicamentos —ya sean recetados o de venta libre—, a excepción, una vez más, de aquellos pertenecientes a estudiantes que cuenten con un formulario de autoadministración archivado. Entiendo que cualquier medicamento restante que no sea recogido será desechado el último día de clases, conforme al protocolo establecido, o bien dentro de los 5 días posteriores a la interrupción de su uso. Los inhaladores y la epinefrina pueden enviarse a casa con los estudiantes al final del año escolar, con el permiso de los padres.
- El personal del GISD no administrará ningún medicamento que no esté aprobado por la FDA. Esto incluye, entre otros, sustancias a base de hierbas, esteroides anabólicos y suplementos dietéticos. Podrán concederse excepciones si el medicamento ha sido recetado por un médico y se requiere en el IEP o en el plan de la Sección 504 de un estudiante con discapacidad. Se deberá proporcionar información fidedigna por escrito y firmada por el médico con respecto al uso seguro del producto, incluyendo efectos secundarios, toxicidad, interacciones farmacológicas y efectos adversos.
- El enfermero registrado o el enfermero vocacional con licencia tiene la responsabilidad y la autoridad para negarse a administrar medicamentos que, a su juicio, estén contraindicados para su administración al estudiante, de conformidad con la Ley de Práctica de Enfermería, Sección 217.11.

☐

Parent/Guardian Initial (Inicial del padre/tutor)

P A D R E S	Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Grado: _____				
	• Autorizo al personal designado del Georgetown ISD a administrar este medicamento de conformidad con las instrucciones del médico que figuran a continuación. • Autorizo a la escuela a contactar al proveedor de atención médica que se indica a continuación con respecto a la administración de este medicamento. • Entiendo que el Distrito Escolar, la Junta y sus empleados gozarán de inmunidad frente a la responsabilidad civil derivada de una reacción alérgica u otras lesiones resultantes de la administración de medicamentos a un estudiante, siempre que dicha administración se ajuste a los requisitos de esta política.				
Nombre del padre, madre o tutor (impresnta) _____		Firma del padre, madre o tutor _____	Fecha _____	Teléfono _____	
P H Y S I C I A N	Medication/Treatment: _____ Dosage: _____ (One form per medication/treatment/Un formulario por medicamento/tratamiento)				
	Route: _____ Time: _____ Special Instructions, Precautions, Side Effects _____				

	Condition for which the medication is administered: _____				
	Duration (Dates) of Administration: From _____ To _____ (Limit: One School Year)				
Provider Print Name _____		Provider Signature _____	Date _____	Phone _____	Fax _____