



NEW HANOVER COUNTY
HEALTH & HUMAN SERVICES
SCHOOL HEALTH
1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401
P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | HHS.NHCgov.com

PHYSICIAN'S AUTHORIZATION FOR MEDICATION AT SCHOOL

- Prescription medication must be in a container labeled by the pharmacist or prescriber.
- Non-prescription medication must be in a new, original container with the label intact
- An adult must bring medication to school and check it in with the nurse or designated staff member
- The school nurse (RN) will call the prescriber, as allowed by HIPAA, if a question arises about the order.
- All Prescriptions must be picked up by an adult at the end of the school year. If not, they will be appropriately discarded.
- The student's name on the medication label **must match** the student's legal name on this form.

Legal Name of Student: _____

Date of Birth: _____

School: _____

Healthcare Provider to Complete

Medication _____ Dosage _____ Route _____

Time(s) medication is to be given (Daily medication must have an **exact time** for administration) _____

Instructions, precautions and possible side effects _____

Diagnosis _____ Allergen _____ **(insert physician stamp below)**

Healthcare Provider Signature _____

Healthcare Provider Name _____ Date _____

Provider Phone number _____ Fax Number _____

COMPLETE IF PRESCRIBING MEDICATION FOR ASTHMA, ANAPHYLACTIC OR DIABETIC STUDENTS

Students may possess and self-administer asthma, anaphylactic or diabetic medication during the school day and/or school activities.

Circle: Yes No

Student has been instructed, states understanding, and demonstrates skills necessary to possess or self-administer medication at school.

Circle: Yes No

For those students who self-administer medication, backup medication must be kept at the school per G.S. 115c-375.2.

This student has a written treatment plan for emergency response.

STUDENT ACKNOWLEDGMENT OF SELF-ADMINISTERED MEDICATION

I understand and have demonstrated to the school nurse or nurse's designee the skill level necessary to self-administer medication.

I agree **not** to share medication or supplies with anyone.

Student Signature _____ **Date** _____

Parent/Guardian Authorization

I hereby give permission for my child (named above) to receive medication during school hours. This medication has been prescribed by a licensed physician. I hereby release the School Board and their agents and employees from all liability that may result from my child taking the prescribed medication. **For those students who self-administer medication, backup medication must be kept at the school per G.S. 115c-375.2.**

Parent Signature: _____ **Phone Number:** _____ **Date:** _____

School Nurse's Signature: _____ **Date:** _____



NEW HANOVER COUNTY
HEALTH & HUMAN SERVICES
SCHOOL HEALTH
1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401
P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | HHS.NHCgov.com

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PARA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

- Los medicamentos recetados deben estar en un envase etiquetado por el farmacéutico o la persona que los receta.
- Los medicamentos de venta libre deben estar en un envase nuevo y original con la etiqueta intacta.
- Un adulto debe llevar los medicamentos a la escuela y registrarlos con la enfermera o el miembro del personal designado.
- La enfermera de la escuela (RN, por sus siglas en inglés) llamará a la persona que recetó el medicamento, según lo permitido por la HIPAA, si surge una pregunta sobre el medicamento.
- Todas las medicinas recetadas deben ser recogidas por un adulto al final del año escolar. De lo contrario, serán debidamente descartadas.
- El nombre del estudiante en la etiqueta del medicamento **debe coincidir con** el nombre legal del estudiante en este formulario.

Nombre Legal del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Para ser Completado por el Proveedor de Atención Médica

Medicamento _____ Dosis _____ Vía _____

Hora(s) de administración del medicamento (el medicamento diario debe tener una **hora exacta** para su administración)

Instrucciones, precauciones y posibles efectos secundarios _____

Diagnóstico _____ Alérgeno _____ **(Estampe el sello del médico abajo)**

Firma del Proveedor de Atención Médica _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica _____ Fecha _____

Número de Teléfono del Proveedor _____ Número de Fax _____

COMPLETE SI RECETA MEDICAMENTOS PARA ESTUDIANTES CON ASMA, ANAFILÁCTICOS O DIABÉTICOS

Los estudiantes pueden poseer y autoadministrarse medicamentos para el asma, anafilácticos o diabéticos durante el día escolar y/o las actividades escolares. **Marque con un círculo: Sí No**

El estudiante ha sido instruido, declara que entiende y demuestra las habilidades necesarias para poseer o autoadministrarse medicamentos en la escuela. **Marque con un círculo: Sí No**

Para aquellos estudiantes que se autoadministran medicamentos, los medicamentos de reserva deben mantenerse en la escuela según G.S. 115c-375.2.

Este estudiante tiene un plan de tratamiento por escrito para acción de emergencia.

RECONOCIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LA MEDICACIÓN AUTOADMINISTRADA

Entiendo y he demostrado a la enfermera de la escuela o a la enfermera designada el nivel de habilidad necesario para autoadministrarse el medicamento.

Me comprometo **a no** compartir medicamentos o suministros con nadie.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Autorización del Padre/Tutor

Por la presente, doy permiso para que mi hijo (nombrado anteriormente) reciba medicamentos durante el horario escolar. Este medicamento ha sido recetado por un médico autorizado. Por la presente, libero a la Junta Escolar y a sus agentes y empleados de toda responsabilidad de lo que pueda ocurrir a mi hijo a causa del uso del medicamento recetado. **Para aquellos estudiantes que se autoadministran medicamentos, los medicamentos de reserva deben mantenerse en la escuela según G.S. 115c-375.2.**

Firma del padre: _____ Número de teléfono: _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____

SCH1002 06/2026



NEW HANOVER COUNTY
HEALTH & HUMAN SERVICES

SCHOOL HEALTH

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401
P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | HHS.NHCgov.com



NEW HANOVER COUNTY
HEALTH & HUMAN SERVICES

SCHOOL HEALTH

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401
P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | HHS.NHCgov.com