



**SUMMIT SCHOOL DISTRICT
Medication Authorization**

STUDENT INFORMATION

Student's Name: _____ **Date of Birth:** _____

School: _____ **Grade:** _____ **Teacher:** _____

List any known drug allergies / reactions

Name of Medication:

Name of Healthcare Provider /Prescriber: _____

PARENT AUTHORIZATION

I authorize the school nurse (RN) to delegate to unlicensed school personnel the task of assisting my child in taking the above medication. I understand that additional parent/prescriber signed statements will be necessary if the dosage of medication is changed. I authorize the school nurse to discuss with the prescriber or pharmacist should any questions arise.

Medication must be received by the school nurse, health aide, school secretary or principal. It must be in the original pharmacy container or over the counter container, and be properly labeled with the student's name, name of medication, dosage, strength, time, route of administration and the date of drug expiration when appropriate. Homeopathic preparations will not be accepted per Colorado Law.

It is understood that the medication is administered solely at the request of and as an accommodation to the undersigned parent or guardian. In consideration of the acceptance of the request to perform this service by the school nurse or other designee employed by Summit School District, the undersigned parent or guardian hereby agrees to release Summit School District and its personnel from any legal claim which they now have or may hereafter have arising out of side effects or other medical consequences of the medication.

Signature of Parent or Legal Guardian

Date

Primary Phone #

Secondary Phone #

PRESCRIBER AUTHORIZATION

Name of Medication: _____

Reason for Taking: _____

Dosage: _____ Route: _____

Frequency/Time(s): _____

Begin Medication: _____ Date _____ Stop Medication: _____ Date _____

Special Instructions: _____

☐ Does medication require refrigeration?/¿Requiere refrigeración el medicamento? Yes No

Potential side effects/Adverse Reactions: _____

Treatment order in the event of an adverse reaction: _____

(Attach additional sheet or use the back of this form if necessary)

Printed Name of Prescriber/Nombre del Prescriptor _____ Date _____ Phone _____ Fax _____

Signature of Prescriber: _____

Summit School District Medication Administration/Transporting Guidelines

Summit School District recognizes that to ensure good health and best educational conditions, it is sometimes necessary for pupils to receive medication during school hours. Whenever possible, medications should be administered to students at home. If medication must be given during school hours the following procedures must be followed:

- Medications must be in their original container with a proper label by a pharmacist including the medication name, student name and dosage information. Over the counter medications must be in the original bottle with the student's name written on it. Both prescription and over the counter medications must be accompanied by a completed medication administration permission form that has been **signed** by the student's doctor **and** parent.
- Medication administration permission forms are available online at <https://www.summitk12.org/>, in the school health office or the school secretary.
- Elementary students are not permitted to transport medications to school. Secondary students may transport medication to school, but **MUST** deliver to the health clinic immediately upon arrival. **Any medication which comes under the law of controlled substances (such as Ritalin, Adderall, Vicodin, etc) must be delivered by the parent to the school health clinic, including secondary students.**
- All medications are kept locked in the health clinic. Students may only self carry medications if they have completed the self carry permission form and have approval from the school nurse. This form must be signed by the student, parent, and physician.
- Students are expected to come to the health clinic at the appropriate time to take their medication.

If you have any questions regarding medication administration, please contact a District Nurse.



SUMMIT SCHOOL DISTRICT
Autorización de Medicamento con Receta

nombre del alumno/a: _____ fecha de nacimiento: _____

escuela: _____ grado: _____ maestro/a: _____

reacciones/alergias a medicamentos:

nombre del medicamento:

doctor o proveedor médico:

Autorizo a la enfermera

escolar (RN) a delegar en el personal escolar sin licencia la tarea de asistir a mi hijo en la toma del medicamento antes mencionado. Entiendo que serán necesarias declaraciones adicionales firmadas por el padre/tutor y el médico prescriptor si se modifica la dosis del medicamento. Autorizo a la enfermera escolar a consultar con el médico prescriptor o con el farmacéutico en caso de que surja alguna duda.

El medicamento debe ser entregado a la enfermera escolar, al asistente de salud, al secretario escolar o al director. Debe presentarse en su envase original de farmacia o en el envase de venta libre, y estar debidamente etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, la concentración, el horario de administración, la vía de administración y la fecha de vencimiento del fármaco, cuando corresponda. No se aceptarán preparados homeopáticos, de conformidad con la ley del estado de Colorado.

Se entiende que el medicamento se administra única y exclusivamente a petición del padre o tutor firmante, y como una medida de adaptación para este. En contraprestación por la aceptación de la solicitud para prestar este servicio por parte de la enfermera escolar u otro representante designado y empleado por el Distrito Escolar de Summit (Summit School District), el padre o tutor firmante acepta, por la presente, eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de Summit y a su personal respecto de cualquier reclamación legal que tengan en la actualidad o que pudieran tener en el futuro, derivada de efectos secundarios u otras consecuencias médicas relacionadas con el medicamento.

Firma del padre o guardia legal

Fecha

Telefono

Cellular

AUTORIZACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

nombre del medicamento: _____

razón por la que se receta: _____

dosis: _____ administración: _____

frecuencia/horas: _____

fecha inicial: _____
Fecha

fecha final: _____
Fecha

instrucciones especiales: _____

☐ ¿Requiere refrigeración el medicamento? Sí No

Contradictions/Adverse Reactions/Posibles efectos secundarios / Contraindicaciones / Reacciones adversas

Orden de tratamiento en caso de reacción adversa:

(Adjunte una hoja adicional o utilice el reverso si lo requiere.)

Nombre del Prescriptor

Fecha

Teléfono

Fax

Firma del Prescriptor del medicamento: _____

Summit School District Administración de Medicamentos/Reglas de Transporte de Medicamentos

Summit School District reconoce que para asegurar buena salud y mejorar condiciones de educación, algunas veces es necesario administrar medicamentos a los alumnos durante las horas de la escuela. Cuando sea posible, medicamentos deberán ser administrados en casa antes o después de la escuela. Si los medicamentos deben ser administrados durante la horas de la escuela, deben seguir los siguientes procedimientos:

- Los medicamentos deben estar en su envase original con el etiqueta apropiada del farmacéutico con el nombre del medicamento, nombre del estudiante, e información de la dosis. Para la medicina que no tiene una receta, tiene que estar en el envase original, con el nombre del estudiante escrito en el envase. Los medicamentos o con o sin receta deben ser acompañados de la forma de Permiso de Administración de Medicamentos que ha sido **firmado** por el médico **y** un padre del estudiante .
- La forma de Permiso de Administración de Medicamentos está disponible en línea en <https://www.summitk12.org/> , en la clínica de la escuela, o con la secretaria de la escuela.
- A los alumnos de las escuelas primarias no les está permitido llevar los medicamentos a la escuela ellos mismos. Alumnos de las escuelas media y secundarias pueden llevar los medicamentos a la escuela, pero **DEBEN** entregarlos a la Clínica de la escuela inmediatamente cuando lleguen allí. **Cualquier medicamento indicado bajo la ley como sustancias controladas (tales como Ritalin, Adderall, Vicodin, etc.) deben ser entregados a la clínica de la escuela por los padres, ya que no le es permitido portarlos a los alumnos de la escuela media y escuelas secundarias.**
- Todas los medicamentos se mantienen bajo llave en la clínica de salud. Los estudiantes sólo pueden llevar el medicamento ellos mismos si ellos han completado el formulario para llevar el medicamento ellos mismos y si tienen la aprobación de la enfermera escolar. Este formulario debe ser firmado por el estudiante, un padre, y el médico.
- Se espera que estudiantes vengan a la clínica de salud a la hora indicada para tomar su medicamento.

Si tiene alguna pregunta en cuanto a la administración de medicamentos, por favor póngase en contacto con una enfermera del Distrito.