BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
632 South Bedford Rd • Bedford, NY 10506
914-241-6000 • www.bcsdny.org
Inspiring and Challenging Our Students

Dr. Robert Glass, *Superintendent of Schools*
Dr. Louis Corsaro, *Medical Director*

MEDICATION ORDER FOR EPINEPHRINE ADMINISTRATION

As outlined in the provisions of the New York State Education Law, school personnel are not allowed to dispense any medications (prescriptions or over the counter) to school children during the school hours, without a prescription from the prescribing physician. Parents/Guardians must also sign this form giving permission for the medication to be administered in school. The completed form must be on file in the School Health Office before the medication may be administered.

***All medication must be labeled with your child's name, dosage, and frequency of use. ***

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN OR PRESCRIBING HEALTH CARE PROVIDER

*Student's Full Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

Name of Medication: _____

Route: _____ Frequency: _____ Dosage: _____

If medication is to be given "when needed", please circle indications:

1. Swelling of the lips, tongue, throat and/or around the eyes
2. Difficulty swallowing
3. Tightness in the chest and/or difficulty breathing
4. Shortness of breath/Severe cough or wheeze
5. Stomach cramps/Vomiting

How soon can it be repeated? _____

Signature of Physician/Prescriber: _____ Date: _____

Print name: _____ Phone #: _____

TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN:

I give my permission for the school nurse to administer epinephrine to my child as specified by the physician/provider.

Signature: _____ Print Name: _____ Grade: _____

SELF-CARRY AND SELF-ADMINISTRATION INSTRUCTIONS:

To be completed and signed by Physician/Prescriber: ……..…..…… Date: ……..... I have instructed the above student in the appropriate use of this medication and the student may be permitted to self-carry and self –administer this medication if approved by the School Nurse.

To be completed and signed by the Parent/Guardian: ……..…… Date:……..….. When appropriate, I give permission for my child to self-administer the above medication as per the physician and School Nurse.

To be completed and signed by the School Nurse: ……..…… Date: ……..…… I have assessed the above named student in regard to carrying and self-administering the above medication and approve his/her doing so.

BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT
632 South Bedford Rd • Bedford, NY 10506
914-241-6000 • www.bcsdny.org
Inspiring and Challenging Our Students

Dr. Robert Glass, *Superintendent of Schools*
Dr. Louis Corsaro, *Medical Director*

ORDEN DE MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE EPINEFRINA

Como se describe en las disposiciones de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, el personal de la escuela no puede dispensar ningún medicamento (con receta o sin receta) a los niños en edad escolar durante el horario escolar, sin una receta del médico que receta. Los padres / tutores también deben firmar este formulario dando permiso para que el medicamento se administre en la escuela. El formulario completo debe estar archivado en la Oficina de Salud Escolar antes de que se pueda administrar el medicamento.

*** Todos los medicamentos deben estar etiquetados con el nombre, la dosis y la frecuencia de uso de su hijo(a). ***

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE CUIDADO MÉDICO QUE PRESCRIBE

*Nombre de estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del medicamento: _____

Ruta: _____ Frecuencia: _____ Dosis: _____

Si se debe administrar el medicamento "cuando sea necesario", circule las indicaciones:

1. Hinchazón de los labios, lengua, garganta y / o alrededor de los ojos.
2. Dificultad para tragar
3. Opresión en el pecho y / o dificultad para respirar.
4. Falta de aliento / tos severa o sibilancias
5. Calambres estomacales / Vómitos

¿Qué tan pronto se puede repetir? _____

Firma del médico / prescriptor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Teléfono: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR:

Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela administre epinefrina a mi hijo(a) según lo especificado por el médico / proveedor.

Firma: _____ Imprenta: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES DE AUTO-TRANSPORTE Y AUTO-ADMINISTRACIÓN:

Para ser completado y firmado por el médico / prescriptor: …… Fecha:…….. He dado instrucciones al estudiante anterior sobre el uso apropiado de este medicamento y se le puede permitir al estudiante llevarlo y administrarlo por su cuenta si lo aprueba la enfermera escolar.

Para ser completado y firmado por el padre / tutor: …… Fecha: …….. Cuando sea apropiado, doy permiso para que mi hijo(a) se auto-administre el medicamento anterior según el médico y la enfermera de la escuela.

Para ser completado y firmado por la enfermera de la escuela: …… Fecha: …….. He evaluado al estudiante mencionado anteriormente con respecto a llevar y autoadministrarse el medicamento anterior y apruebo que lo haga.