



Request for Medication Administration in School

To be completed by Health Care Practitioner

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

School: _____

Medication: (each medication is to be listed on separate form) _____

Dosage and Route: _____

Time(s) medication is to be given: a.m. _____ p.m. _____ PRN: _____

To be given from: (date) _____ to/through: _____

Significant Information (to include side effects, toxic reactions, reactions if dose is missed, etc.)

Contraindications to administration: _____

Diagnosis: _____

FOR SELF ADMINISTRATION-

Student has demonstrated ability and has been determined to be competent for self-administration. Student also understands the medication directions and may carry/self-administer asthma medication, diabetes medication, and/or medicine for anaphylactic reactions only.

ASTHMA/ALLERGEN REACTION: MDI (metered dose inhaler) ____ MDI with spacer* ____
Epinephrine ____

DIABETES: Insulin ____ Glucose ____

*Parent/guardian must provide an extra inhaler/epinephrine injector/source of glucose to be kept at school in case of emergency and that it will be replaced with it expires or is unavailable.

A written statement, treatment plan and written emergency protocol developed by the student's health care provider must accompany this authorization form in accordance with the requirements stated in G.S. 115c-375.2.

This order remains in effect for the current academic year only and must be renewed each school year. The administration of this medication to the student during the school day is necessary to maintain and support the student's continued presence in school.

Health Care Practitioner's Signature _____ Date: _____

OVER →

PERMISO DE LOS PADRES

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo/a _____ reciba medicamentos durante el horario escolar. Este medicamento ha sido ordenado y recetado por un médico con licencia. Por la presente doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico que recetó el medicamento. Por la presente, libero a la Junta Escolar y sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar por mi hijo/a tomar el medicamento recetado. Este consentimiento es válido por un año y puede revocarse en cualquier momento.

Proporcionaré todos los medicamentos para su uso en la escuela en un recipiente debidamente etiquetado por un farmacéutico con información de identificación (nombre del niño, medicamento dispensado, dosis recetada y el momento y la frecuencia en que se administrará o se tomará, la forma de la administración, el número de dosis en el recipiente, y la fecha de expiración del medicamento). Todos los medicamentos sin receta incluirán el orden de administración (la primera parte de este formulario de autorización firmado por el médico) con la información de identificación (nombre del niño, medicamento dispensado, dosis recetada según la etiqueta y el horario en que se administrará o se tomará), con el medicamento en el envase original.

Reemplazaré este medicamento cuando caduque. Yo recogeré este medicamento de la escuela el último día de clases. Entiendo que los medicamentos que no sean recogidos serán destruidos después del último día de clases.

Firma del Padre o Guardián: _____

Número(s) de Teléfono: _____

Número de contacto de emergencia en caso de que no se puedan comunicar conmigo: _____

Lista de verificación de entendimiento del estudiante con la enfermera para la medicación autoadministrada

- He verbalizado el nombre de mi medicamento, he informado a la enfermera de cómo se prescribe y he demostrado entendimiento en el uso de este medicamento
- Usaré este medicamento (y cualquier equipo que lo acompañe) solo como lo indique mi médico de cabecera.
- No compartiré mi medicación con nadie. Compartir medicamento o usarlo de manera diferente a la prescrita resultará en acción disciplinaria
- Notificaré a un maestro o miembro del personal si tengo dificultades o necesito ver a la enfermera.
- Mantendré mi medicamento conmigo en todo momento mientras esté en la escuela — ubicación

Firma del estudiante

Firma de la enfermera

Fecha