

**Consentimiento de los padres y autorización autorizado proveedor de atención médica para la Gestión de la Administración de Medicamentos en la escuela y eventos patrocinados por la escuela**

Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Grado:
Escuela:	Maestro:	Eduque Año:

- Name of medication** (one medication per form): \_\_\_\_\_  
 Prescription       Over-the-counter (non-prescription)       Controlled medication
- Reason for medication:** \_\_\_\_\_
- Method of administration:**  
 oral     g-tube     nebulizer     inhaled     injection     topical     Other: \_\_\_\_\_
- Amount/Dosage of medication** (be specific, i.e., ml, mg, etc.): \_\_\_\_\_
- Time(s) of day to be given at school:** \_\_\_\_\_  
 As needed **PRN**    Frequency: \_\_\_\_\_  
 List specific symptoms that would necessitate administration of the **PRN** medication and indications for referral for a medical evaluation: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Possible side effects:** \_\_\_\_\_
- Additional recommendations:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Authorized Health Care Provider Authorization for Management of Medication Administration in School Setting**

My signature below provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. I understand that specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the school nurse. This authorization is for a maximum of one year. If changes are indicated, I will provide new written authorization. Authorizations may be faxed.

In my professional opinion, the above named student is competent to safely carry and self-administer the above named medication according to the condition(s) in the above written statement.

**Authorized Health Care Provider Name** \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_  
**Phone** \_\_\_\_\_ **Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Consentimiento de los padres para la autorización y gestión de la administración de medicamentos en la escuela Marco**

El que suscribe, el padre o tutor, del estudiante antes mencionado, solicitamos que el servicio especializado de atención de la salud física, administración de medicamentos se administran a mi hijo, de acuerdo con las leyes estatales y regulaciones.

- Doy mi consentimiento para la enfermera de la escuela, otro supervisor debidamente calificado de la salud, o administrador del sitio para comunicarse con el proveedor de asistencia sanitaria autorizado y el farmacéutico en lo que respecta a la declaración escrita del proveedor.
- Voy a ofrecer la necesaria medicación, suministros y equipo.
- Voy a notificar a la enfermera de la escuela, otro supervisor debidamente calificado de la salud, o el administrador del sitio si hay un cambio en la medicación del niño, estado de salud o proveedor de cuidado de salud autorizado.
- Voy a notificar a la enfermera de la escuela, otro supervisor debidamente calificado de la salud, o administrador del sitio inmediatamente y dar su consentimiento para cualquier nuevo cambio en la autorización de proveedor autorizado de atención médica.

Yo, el padre o tutor del estudiante arriba mencionado, solicito que mi hijo llevar y auto-administrarse su medicación según lo autorizado anteriormente.

**Firma del Padre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\* **NOTA** \* Durante los días de salida temprana y Año Escolar Extendido Programa Especializado de Salud Física procedimientos ordenados a partir del tiempo de despido no se administrará en la escuela. Padre / madre / tutor para proporcionar en el hogar. (Excluyendo "de emergencia " SPHCS).

Reviewed by school nurse (Signature): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_