

PARENT AND PHYSICIAN(S) AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOL AND SCHOOL ACTIVITIES MEDICATION ORDERS MUST BE RENEWED EVERY YEAR

A. To be completed by the Parent/Guardian:

I request that my child _____ DOB: _____
Receive the medication as prescribed below by our physician. The medication is to be furnished by me in the properly labeled original container from the pharmacy.* I understand that the school nurse, or other designated person in the case of the absence of the school nurse, will administer the medication, including trips.

Signature Parent/Guardian: _____

Home: _____ Cell: _____ Work: _____

B. To be completed by Physician:

I request that my patient, as listed below, receive the following medication during the school day:

Name of Student: _____ DOB: _____

Diagnosis: _____

Medication	Dosage	Frequency/Time to be taken	Route of Administration

Duration of treatment _____

Possible side effects/adverse reactions (if any): _____

Physician's Signature: _____ Date: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

*Medication must be in original pharmacy labeled container with student name, specific directions, and name of medication. Medication and refills must be brought to school by parent/guardian.

Plan reviewed with parent/guardian: _____

School Nurse Signature/Date

TRANSPORTATION PLAN

Transportation Plan:

- Medication available on the bus
- Medication NOT available on the bus
- Does not ride bus
-

Special Instructions: _____

Healthcare Provider Signature: _____ Date: _____ Phone: _____

Written by: _____ Date: _____

- Copy provided to Parent
- Copy sent to Healthcare Provider

Parent/Guardian Signature to share this plan with Provider and School Staff: _____

AUTORIZACIÓN DE PADRES Y MÉDICOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA Y LAS ACTIVIDADES ESCOLARES LOS PEDIDOS DE MEDICACIÓN DEBEN SER RENOVADOS CADA AÑO

A. Para ser completado por el Padre/Tutor:

Solicito que mi hijo/a _____ Fecha de nacimiento: _____
Reciba el medicamento según lo prescrito a continuación por nuestro médico. El medicamento debe ser provisto por mí en el envase original debidamente etiquetado de la farmacia. * Entiendo que la enfermera de la escuela u otra persona designada en caso de ausencia de la enfermera de la escuela, administrará el medicamento, incluidos los viajes.

Firma del Padre/Tutor: _____

Cellular: _____ Tel de la casa: _____ Trabajo: _____

B. Para ser completado por el médico:

Solicito que mi paciente, como se detalla a continuación, reciba el siguiente medicamento durante el día escolar:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Medicamento	Dosis	Frecuencia / Tiempo a tomar	Como administrar

Duración del tratamiento _____

Posibles efectos secundarios / reacciones adversas (si las hay): _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Residencia: _____

Phone: _____ Fax: _____

* El medicamento debe estar en el envase original etiquetado de la farmacia con el nombre del estudiante, las instrucciones específicas y el nombre del medicamento. Los medicamentos y las recargas deben ser llevados a la escuela por el padre / tutor.

Plan revisado con el padre / tutor: _____

Firma de la enfermera de la escuela/Fecha

PLAN DE TRANSPORTACION

Plan de transportación:

- Medicamentos disponibles en el autobús.
- Medicación no sera disponible en el bus.
- No coje el autobús.

Instrucciones especiales: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Escrito por: _____ Fecha: _____

- Copia a el padre/tutor
- Copia para el médico

Firma del padre / tutor para compartir este plan con el proveedor y el personal de la escuela: _____