

Medication Administration Permission Form

PLEASE PRINT

Student's Name (As listed on Birth Certificate): _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____
Last Name, First Name, Middle Name

Name of Medication: _____

Form of Medication:

Capsule/Tablet Inhaler Injection Liquid Nebulizer Other: _____

Inhaler and/or Epinephrine Injector Use ONLY (Physician Signature Required)

Emergency Care Plan prepared by Physician is attached.

Procedures to follow if medication does not provide the expected relief: _____

Potential adverse reactions for unauthorized users: _____

Schedule (Frequency) and Dosage: _____

Start Date: ____ / ____ / _____ Stop Date: ____ / ____ / _____

For Episodic/Emergency events only

Special Storage Requirements (i.e. refrigerate): _____

Self-Administration:

No, this student is not capable and/or should not be responsible for self-administering this medication.

Yes, this student is capable and responsible for self-administering this medication **with supervision**. (Physician Signature Required)

Yes, this student is capable and responsible for self-administering this medication **without supervision**. (Physician Signature Required)

Self-Possession (Check "Yes" only if self-possession is critical to student's wellbeing):

This student may carry this medication: Yes (Physician Signature Required) No

Note: The school, in its discretion, may disallow self-possession if it is not critical to a student's wellbeing and/or to prevent theft or misuse by other students.

PHYSICIAN SIGNATURE REQUIRED for any possession or administration of an inhaler or epinephrine injector **and/or** any self-possession or self-administration of any medication. By signing below, the physician agrees to all information provided above.

Physician Name (please print): _____ Phone Number: (____) _____

Physician Signature: _____ Date: ____ / ____ / _____

Physician Address: _____

City, State: _____ Zip: _____

By signing below, I request that the named student receive the medication above in the manner indicated above. I agree to deliver the medication timely to the school and in its original, labeled container. I will notify the school if the medication is changed or eliminated. I understand that it is the student's responsibility to report on time for this medication. I fully release the school, its employees and Board from all liability related to the administration of this medication and from any injury arising from the student's self-administering or self-possession.

I certify that the information provided on this form is true and accurate to the best of my knowledge and that I will immediately notify the school office if any changes occur in regards to this information. I understand that presenting a false record or falsifying records is an offense punishable by federal and state law.

Parent/Guardian Name (please print): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____ / ____ / _____

Formulario de Autorización de Administración de Medicamentos

Use Letra de Impresión

Nombre de Estudiante (Como se indica en el Certificado de Nacimiento): _____
Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____

Nombre de Medicamento: _____

Forma de Medicamento:

Cápsula/Tableta Inhalador Inyección Líquido Nebulizador Otro: _____

USO SOLAMENTE de el Inhalador y / o Inyección Epinefrina (Firma del Médico es requerido)

Plan de Atención de Emergencia preparado por el médico se adjunta a esta forma.

Procedimientos a seguir si la medicación no proporciona el alivio esperado: _____

Reacciones adversas potenciales para los usuarios no autorizados: _____

Horario (Frecuencia) y Dosis: _____

Fecha de Inicio: ____ / ____ / _____ Fecha de Parar/Detener Medicamento: ____ / ____ / _____

Para eventos episódicos / emergencia solamente

Requisitos especiales de conservación (i.e. refrigerar): _____

Auto-Administración:

No, este estudiante no es capaz y / o no debe ser responsable de la auto-administración de este medicamento.

Sí, este estudiante es capaz y responsable para la auto-administración de esta medicación **con supervisión**. (Firma del Médico es requerido)

Sí, este estudiante es capaz y responsable para la auto-administración de este medicamento **sin supervisión**. (Firma del Médico es requerido)

Auto-Posesión (Marque "Sí" si es fundamental para el bienestar del estudiante que el/ella cargue el medicamento):

Este estudiante puede cargar este medicamento: Sí (Firma del Médico es requerido) No

Nota: La escuela, a su discreción, puede no permitir el dominio de sí mismo, si no es fundamental para el bienestar del estudiante y / o para evitar el robo o mal uso por parte de otros estudiantes.

FIRMA DEL MÉDICO REQUERIDO: para cualquier posesión o administración de un inhalador o Inyección epinefrina y/o de cualquier dominio de sí mismo o auto-administración de cualquier medicamento. Al firmar a continuación, el médico está de acuerdo a toda la información proporcionada anteriormente.

Nombre del Médico (Imprima): _____ Teléfono: (____) _____

Firma de Médico: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Dirección Médico: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Al firmar este documento, solicito que el estudiante nombrado recibir la medicación por encima de la forma indicada anteriormente. Estoy de acuerdo en entregar el medicamento a tiempo a la escuela y en su envase original etiquetado. Voy a notificar a la escuela si el medicamento se cambia o se elimina. Entiendo que es responsabilidad del estudiante informar a tiempo a este medicamento. Yo libero totalmente la escuela, de sus empleados y de la Junta de toda responsabilidad relacionada con la administración de este medicamento y de cualquier perjuicio derivado de la auto-administración del estudiante o autodomínio.

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y que voy a notificar inmediatamente a la oficina de la escuela si se produce algún cambio en relación a esta información. Entiendo que la presentación de información falsa o la falsificación de documentos es un delito penado por la ley federal y estatal.

Nombre del Padre/Guardián (letra de imprenta): _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: ____ / ____ / _____