

**AUTHORIZATION FOR MEDICATION/PROCEDURE TO BE ADMINISTERED AT
SCHOOL AND AT OFF-CAMPUS SCHOOL SPONSORED EVENTS**

PART A

Parent/Legal Guardian to Complete

Name of Student: _____ Date of Birth: _____ Grade/Teacher: _____

I grant permission for the school nurse or a delegated staff member to administer medication/treatment to my child at school as indicated by my child's physician accordingly below. I understand that I must provide any prescribed medication in its original container/package dispensed by the pharmacist.

I also acknowledge, in accordance with the Nurse Practice Act, the need and give permission for appropriate communication between the school nurse and the medical prescriber related to the medication(s)/treatment(s) in question to enable the nurse to administer safe and effective care. This includes communication concerning the prescription/treatment itself, implementation of the prescription/treatment in school, student response to the medication/treatment, and other pertinent issues related to the student's diagnosis, condition, or medication/treatment.

Parent/Legal Guardian Signature Parent/Legal Guardian (Printed Name) Today's Date

PART B

Physician to Complete

Current Diagnosis(es): _____

PHYSICIAN MEDICATION AND/OR TREATMENT ORDERS: (Please specify)

Medication/Treatment	Dosage	Time/Frequency
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Special Instructions: _____

Physician Signature Physician (Printed Name) Today's Date

Physician Phone Number

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS/PROCEDIMIENTOS EN LA ESCUELA Y EN EVENTOS
PATROCINADOS FUERA DEL CAMPUS**

PARTE A

Para que el padre/madre/tutor legal complete

Nombre del estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____ Grado/Maestro: _____

Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela o un miembro del personal delegado administre medicamentos/tratamiento a mi hijo(a) en la escuela según las indicaciones a continuación del médico de mi hijo(a). Entiendo que debo proporcionar todos los medicamentos recetados en su recipiente/envase original despachado por el farmacéutico.

También reconozco, de acuerdo con la Ley de la Práctica de Enfermería, la necesidad y doy mi permiso para una comunicación adecuada entre la enfermera de la escuela y el médico prescriptor en lo que concierne al medicamento(s)/tratamiento(s) en cuestión para permitirle a la enfermera administrar una atención segura y eficaz. Esto incluye comunicaciones concernientes al medicamento/tratamiento recetado en sí, la implementación de la receta médica/tratamiento en la escuela, la reacción del estudiante al medicamento/tratamiento, y otros asuntos pertinentes relacionados con el diagnóstico, estado o medicamentos/tratamiento del estudiante.

Firma del padre/madre/tutor legal Nombre del padre/madre/tutor legal (Letra de molde) Fecha de hoy

PARTE B

Para que el médico complete

Diagnóstico(s) actual(es): _____

ÓRDENES DE MEDICACIÓN Y/O TRATAMIENTO DEL MÉDICO: (Por favor especifique)

Medicamento/Tratamiento	Dosis	Hora/Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Instrucciones especiales: _____

Firma del médico Médico (Nombre en letra de molde) Fecha de hoy

Número de teléfono del médico