

Prescription Medication - Authorization Form for School

Student: _____ DOB _____

School: _____ Phone _____ FAX: _____

—
Medication must be in the original container with a pharmacy label attached. No medication (including over-the-counter medication and supplements) will be given at school without a current prescription from a licensed physician in Arizona/California.

PHYSICIAN'S ORDER (To be completed by healthcare provider) **Only one medication per form**

Name of medication/strength of tablet, capsule or liquid _____

This medication is a controlled substance Yes No

Dosage: _____

Time to be given at school: _____

Reason for medication/Diagnosis: _____

Possible side effects: _____

- Student has been instructed by physician in self-administration and may carry the inhaler
- Student has been instructed by physician in self-administration and may carry the Epi-Pen

Comments: _____

Print Name of Licensed Physician

Signature of Licensed Physician

Address or Office

Phone

Date

TO BE COMPLETED BY PARENT BEFORE GIVING TO DOCTOR

I request that my child _____, be assisted in taking the above prescribed medication at school by authorized persons. I will comply with the school's policies and procedures. I will notify the school if there are any changes in my child's health status, changes in medication or change in healthcare provider.

I authorize exchange of information between my child's physician, District Nurse, or site administrator with regard to this medication request.

Parent/Guardian Signature Date Phone

Autorización para Administración de Medicamentos prescritos

Nombre del Estudiante: _____ Fecha De nacimiento _____

escuela: _____ telefono _____ FAX: _____

El medicamento debe estar en el envase original con una etiqueta farmacéutica adjunta. Ningún medicamento (incluyendo medicamentos de venta libre y suplementos) se dará en la escuela sin una receta actual de un médico con licencia en Arizona / California.

Orden del médico (a cumplimentar por el médico) sólo un medicamento por formulario

Nombre del medicamento/dosis de la tableta, la cápsula o el líquido _____

Este medicamento es una sustancia controlada Sí No

Dosis del medicamento: _____

Hora(s) en que el medicamento debe darse en la escuela: _____

para el tratamiento de (Diagnóstico médico): _____

Posibles reacciones/efectos secundarios: _____

- El estudiante ha sido instruido por el médico en la auto-administración y puede llevar el inhalador
- El estudiante ha sido instruido por el médico en auto-administración y puede llevar el Epi-Pen

comentario/Instrucciones especiales: _____

nombre impreso del médico con licencia

Firma del médico licenciado

dirección de la oficina

telefono

PARA COMPLETAR POR LOS PADRES ANTES DE DAR AL MÉDICO

Le pido a mi hijo _____, ser asistida en la toma de los medicamentos prescritos arriba en la escuela por las personas autorizadas. Voy a cumplir con las políticas y procedimientos de la escuela. Notificaré a la escuela si hay algún cambio en el estado de salud de mi hijo, cambios en los medicamentos o cambios en el proveedor de atención médica..

Autorizo el intercambio de información entre el médico de mi hijo, la Enfermera de distrito O el administrador del sitio con respecto a esta solicitud de medicamentos.

_____ (Firma del padre/madre/encargado legal)

_____ fecha

_____ telefono