

CROOK COUNTY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Authorization for Medication Administration by School Personnel

Complete and Return to School

To Principal of _____
School Name _____
Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____ Teacher: _____

I am giving school personnel **permission** to administer medications to my child per the following (**Complete** all underlined sections):

<u>Medication's Name:</u> <u>Dose</u> (prescribed amount, e.g. 5 mg., not 1 pill) <i>Tablets requiring cutting should be cut by the parent before being brought to school. Liquid medication requires dosage spoons, available from your pharmacist, to be supplied by parent.</i> <u>Route: (circle one):</u> By: Mouth Ear Eye Nose Skin Inhalation <u>Time of day to be given at school</u> <u>Duration:</u> Start date _____ end date _____ <u>Reason for Medication:</u> Special Instructions: <input type="checkbox"/> Please allow my child to self-administer this medication. Refer to district policy on self-medication). <i>Requires self-medication agreement form to be signed by parent, school administrator, and if prescription, consent of physician¹. (See below)</i> <input type="checkbox"/> Other (Describe)	<u>Check One:</u> <input type="checkbox"/> Prescription Requires physician direction (see below ¹) <input type="checkbox"/> Non prescription ALL MEDICATION MUST BE IN ITS NEWEST ORIGINAL CONTAINER WITH ACCURATE LABEL. PRESCRIPTIONS MUST BE WRITTEN BY OREGON-LICENSED PHYSICIANS.¹
---	--

I understand: I am responsible to **provide this medication** and maintain the supply as needed; to **notify the school** in writing of any changes in the medication or prescriber; to **pick up** all unused medication by the last day of school (or it will be discarded); this authorization is **valid no longer than one year** from this date and applies only to the medication above; this **authorizes an information exchange**, as necessary, between the school nurse, appropriate school personnel, and/or my child's health provider.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

OREGON LICENSED PHYSICIAN DIRECTION¹
(Required in writing or on pharmacy label for all prescription medications per OAR 581-021-0037¹).

- I have prescribed the above medication for the student whose name appears at the top of this form. Instructions in the box are accurate.
- Please allow this student to carry and self-administer this medication. (Must be allowed by school district policy. Student must be developmentally and behaviorally able to self-administer.)
- Special instructions including adverse reactions and action required: _____

Oregon-Licensed¹ Physician's Name (please print/stamp) Address

Oregon-Licensed¹ Physician's Signature Phone # Effective Date

CROOK COUNTY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Authorization for Medication Administration by School Personnel

Autorización para la administración de medicamentos por parte del personal escolar Completar y devolver a la escuela

Para el/la Director/a de _____
Nombre de la escuela _____
Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Autorizo al personal escolar a administrar medicamentos a mi hijo/a de la siguiente manera (Completar todas las secciones subrayadas):

<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Marque una casilla:</u>
<u>Dosis</u> (cantidad recetada, por ej. 5 mg., no 1 pastilla)	<input type="checkbox"/> Medicamento con receta Se requieren las instrucciones del médico (ver a continuación ¹)
<i>Las pastillas que requieran ser cortadas deben ser cortadas por el padre/madre antes de llevarlas a la escuela. Los medicamentos líquidos requieren cucharas dosificadoras, disponibles en su farmacia, que deben ser provistas por el padre/madre.</i>	<input type="checkbox"/> Medicamento sin receta
<u>Vía:</u> (Marcar sólo una opción): Por: Boca Oído Ojos Nariz Piel Inhalación	TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL SIN USO CON LA ETIQUETA CORRECTA.
<u>Horario del día para ser administrado por la escuela</u> (por ej. 11 a.m., no medio día)	LOS MEDICAMENTOS CON RECETA DEBEN ESTAR RECETADOS POR MÉDICOS CON LICENCIA DE OREGON.¹
<u>Duración:</u> Fecha de inicio _____ fecha de finalización _____	<input type="checkbox"/> Otro (Describir)
<u>Motivo del medicamento:</u>	
Instrucciones especiales:	
<input type="checkbox"/> Permitir a mi hijo/a que se auto-administre este medicamento. Referirse a la política del distrito para la auto-medicación). <i>Se requiere un formulario de acuerdo de auto-medicación firmado por el padre/madre, el administrador de la escuela, y si es un medicamento con receta, el consentimiento del médico¹. (Ver a continuación)</i>	

Comprendo que: Soy responsable de proveer este medicamento y mantener el suministro tanto como sea necesario; **notificar a la escuela** por escrito sobre cualquier cambio en el medicamento o la persona que lo receta; **buscar** todo medicamento no utilizado hasta el último día de clases (o será desechado); esta autorización es **válida por no más de un año** a partir de esta fecha y se aplica únicamente a los medicamentos indicados más arriba; la presente **autoriza un intercambio de información**, según sea necesario, entre el enfermero escolar, el personal escolar apropiado y/o el proveedor de atención de la salud de mi hijo/a.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

INDICACIÓN DEL MÉDICO CON LICENCIA DE OREGON¹

- He recetado los medicamentos arriba mencionados para el estudiante cuyo nombre aparece en la parte superior del presente formulario. Las instrucciones en la casilla son exactas.
- Permitir a este estudiante que lleve consigo y se auto-administre este medicamento. (Debe estar permitido conforme la política del distrito escolar. El estudiante debe ser capaz en cuanto a su desarrollo y comportamiento para auto-administrarse.)
- Se requieren instrucciones especiales incluyendo reacciones adversas y acción a tomar: _____

Nombre del médico con licencia de Oregon¹ (escribir en letra de molde/sellar) _____ Domicilio _____

Firma del médico con licencia de Oregon¹ _____ No. de teléfono _____ Fecha efectiva _____

¹ Requerido por escrito o en la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos recetados conforme OAR 581-021-0037