

Medication Permission Form

Staunton, Augusta County, Waynesboro Public Schools

NOTICE TO PARENTS: The parent/guardian must bring medication to school in a container that is appropriately labeled by the pharmacy or physician.

Name of student (last, first, MI):	Attending School:	Date of Birth (mm/dd/yyyy):
Relevant Diagnosis:		Medication:
Dosage:		Time of administration:
Route of Administration and Instructions:		
Adverse Reactions (if any):		
<p>Asthma/Diabetes/Anaphylaxis Only: This student is both capable and responsible for self-administering this medication:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Supervised <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Unsupervised <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;">This student may carry this medication. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>		
Start Date:		End Date:
Physician/Nurse Practitioner/Dentist's Name: (Print)		Phone Number:
Physician/Nurse Practitioner/Dentist's Signature:		

PARENT/GUARDIAN: I hereby give permission for the school to administer the medication as prescribed above. I also give permission for the school to contact the above health care provider regarding the administration of this medication.

Signature-Parent/Guardian	Date:
Home Phone Number-Parent/Guardian	Phone # :

GUIDELINES FOR PRESCRIBING MEDICATIONS TO BE ADMINISTERED TO STUDENTS DURING THE SCHOOL DAY

We welcome your support in providing services to our students. When prescribing medications for school age children, kindly consider the following requests and policies:

1. Whenever possible, avoid prescribing medication for administration during school hours, especially medications to be administered for a short period of time.
2. Schools are required to have appropriately labeled pharmacy/physician containers. These will be kept under lock and key in the school clinics.
3. Any change of prescription requires a new written order from the prescribing physician.
4. Students are not allowed to transport medication on their person to and from school.

This form is only applicable to the medication prescribed above and only good for the current school year. A Separate form is required for each medication.

(medpermisform)

Formulario de Permiso de Medicación

Escuelas Públicas de Staunton, el Condado de Augusta y de Waynesboro

AVISO A LOS PADRES: El padre / tutor debe traer los medicamentos a la escuela en un contenedor que esté etiquetado apropiadamente por la farmacia o el médico..

Nombre del estudiante (Apellido, Primer Nombre , IS):	Escuela a la que asiste:	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy):
Diagnóstico relevante:	Medicamento:	
Dosis:	Tiempo de administración:	
Forma de administración e instrucciones:		
Reacciones adversas (si hay alguna):		
Sólo para Asma/Diabetes/Anafilaxia: Este estudiante es capaz y responsable para administrarse así mismo este medicamento: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Supervisado <input type="checkbox"/> , Sin supervisión <input type="checkbox"/> Este estudiante puede cargar este medicamento . <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Si		
Fecha de inicio:	Fecha final:	
Nombre del médico, enfermera(a) practicante, dentista: (Escriba)	Número de teléfono:	
Firma del médico, enfermera(a) practicante, dentista :		

PADRE / GUARDIÁN: Por medio de la presente autorizo a la escuela a administrar el medicamento según lo prescrito anteriormente. También doy permiso para que la escuela se ponga en contacto con el proveedor de servicios de salud con respecto a la administración de este medicamento.

Firma del padre/guardián	Fecha:
Número de Teléfono (hogar) del padre/guardián:	Teléfono # :

DIRECTRICES PARA PRESCRIBIR MEDICAMENTOS PARA SER ADMINISTRADOS A LOS ESTUDIANTES DURANTE EL DÍA ESCOLAR

Agradecemos su apoyo para prestar este servicio a nuestros estudiantes. Cuando prescriba medicamentos a niños en edad escolar, considere amablemente las siguientes peticiones y políticas:

1. Siempre que sea posible, evite prescribir medicamentos para su administración durante el horario escolar, especialmente medicamentos para ser administrados por un corto período de tiempo.
2. Las escuelas requieren tener los contenedores debidamente etiquetados por la farmacia / médico . Éstos serán guardados bajo llave en las clínicas escolares.
3. Cualquier cambio de la prescripción requiere una nueva orden por escrito del médico que la prescribe.
4. Los estudiantes no están autorizados a tener los medicamentos consigo en la escuela.

Esta forma sólo es aplicable a la medicina prescrita en la parte de arriba y sólo es valida por el año escolar actual.Se requiere formulario separado para cada medicamento.

(medpermisform)