

Medication Administration Permission for School and Child Care

The parent/guardian of _____ ask that school/child care staff give the
 (Child's Name)

following medication _____ at _____
 (Name of medicine and dosage) (Time(s))

To my child, according to the Health Care Provider's signed instructions on the lower part of this form.

Prescription Medications must come in a container labeled with: Child's name, name of medicine, time medicine is to be given, dosage, date medicine is to be stopped, and licensed health care provider's name. Pharmacy name and phone number must also be included on the label.

Over the counter medication must be labeled with child's name. Dosage must match the signed health care provider authorization, and medicine must be packaged in original container.

The program agrees to administer medication prescribed by a licensed health care provider with prescriptive authority. The parent agrees to pick up expired or unused medication within one week of notification by staff. All medication(s) that are left at the school will be discarded according to the most current state regulatory recommendation for safe medication disposal.

By signing this document, I give permission for my child's health care provider to share information about the administration of this medication with the nurse or school staff delegated to administer medication.

 Parent/Legal Guardian's name Parent/Guardian Signature Date

 Work Phone Home Phone

Health Care Provider Authorization

Child's Name _____ Birthdate _____

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

To be given at the following time(s): _____ Special Instructions: _____

Purpose of medication: _____ Side effects to be reported: _____

Starting Date: _____ Ending Date: _____

 Signature of Health Care Provider with Prescriptive Authority Date

 Print Name of Health Care Provider Phone Fax Number

Permiso de administración de medicamentos para la escuela y el cuidado infantil

El padre/ Tutor de _____ pide que el personal de la escuela / cuidado infantil le dé
 (Nombre de estudiante)
 el siguiente medicamento _____ a las _____
 (Nombre y dosis de medicamento) (Hora(s))

a mi hijo, de acuerdo con las instrucciones firmadas por el proveedor de atención médica en la parte inferior de este formulario.

Los medicamentos recetados deben venir en un recipiente etiquetado con: nombre del niño, nombre del medicamento, hora de administración del medicamento, dosis, fecha en que se debe suspender el medicamento y el nombre del proveedor de atención médica autorizado. El nombre y el número de teléfono de la farmacia también deben incluirse en la etiqueta.

Los medicamentos de venta libre deben estar etiquetados con el nombre del niño. La dosis debe coincidir con la autorización firmada por el proveedor de atención médica, y el medicamento debe empaquetarse en el envase original.

El Programa acuerda administrar medicamentos recetados por un proveedor de atención médica con licencia con autoridad prescriptiva. El padre acepta recoger el medicamento vencido o sin usar dentro de una semana de la notificación por parte del personal. Todos los medicamentos que quedan en la escuela serán descartados de acuerdo con las recomendaciones regulatorias estatales más actuales para la eliminación segura de medicamentos.

Al firmar este documento, autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo a compartir información sobre la administración de este medicamento con la enfermera o el personal de la escuela delegado para administrar el medicamento.

Nombre de Padre/ Tutor _____ Firma de Padre/ Tutor _____ Fecha _____
 Teléfono de Trabajo _____ Teléfono de Casa _____

Autorización de proveedor de atención médica

Nombre de Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Ruta _____

Para ser administrada a los siguientes horarios(s): _____

Instrucción es Especiales _____

Propósito de Medicamento: _____ Efectos secundarios reportados: _____

Fecha de Comienzo: _____ Fecha de Finalización _____

 Firma del proveedor de atención médica con autoridad prescriptiva Fecha

 Nombre impreso del proveedor de atención médica Numero de Telefono Numero de Fax

 Firma de la enfermera escolar o consultora de salud del cuidado infantil Fecha