

Authorization for Administration of Medication at School

Student Name: _____ Birth Date: _____

School: _____ Grade: _____

This Portion to Be Completed By the Licensed Health Professional

Name of Medication	Dosage	Method of Administration	Time(s) to Be Taken
_____	_____	_____	_____

Diagnosis or reason for medication: _____

If given PRN, specify the minimum length of time between doses and when to administer: _____

May the student carry this medication on his/her person and self-administer? _____ Yes* _____ No

* Student has demonstrated to licensed health professional the ability to correctly administer this medication.

Student under 12 years may be permitted to carry and self-administer a metered dose inhaler and/or emergency medication for a predetermined, life-endangering situation (Monroe Public Schools Board Policy 5432).

Possible side effects of medication: _____

Emergency procedure in case of serious side effects: _____

I request and authorize the above-named student be administered the above identified medication in accordance with the instructions indicated above from _____ (date) to _____ (date) **(not to exceed current school year)**.

There exists a valid health reason which may make administration of the medication advisable during school hours.

_____ Licensed Health Professional Signature	_____ Date
---	---------------

_____ Name (please print)	_____ Phone	_____ Fax
------------------------------	----------------	--------------

El padre o tutor debe completar esta sección

- Solicito que este medicamento se administre según las instrucciones del profesional de la salud certificado.
- Autorizo al personal de los Servicios sanitarios a comunicarse con el consultorio médico para obtener información sobre este medicamento. Entiendo que la administración de medicamentos por vía oral pueda estar a cargo de miembros del personal no certificados que se capacitaron y están bajo la supervisión de un/a enfermero/a certificado/a.
- La información sobre el medicamento puede compartirse con el personal de la escuela que trabaja con mi hijo y con el personal del 911, si se llama a este número.
- Todos los medicamentos provistos deben entregarse a la escuela en su envase original junto con las instrucciones, como lo indicó anteriormente el profesional de la salud certificado.

Solicito y autorizo a mi hijo a llevar consigo o autoadministrarse su medicamento. _____ Sí _____ No

_____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha
--------------------------------	----------------

N.º de teléfono: N.º de tel. particular: _____ N.º de tel. laboral: _____ N.º de teléfono celular: _____

Revisado por un/a enfermero/a certificado/a: _____ Fecha: _____