



Authorization to Administer Medication at School

Student's Name:		Birthdate:		Grade:	
------------------------	--	-------------------	--	---------------	--

School:		Phone:		Fax:	
----------------	--	---------------	--	-------------	--

Condition Requiring Medication: _____

TO BE COMPLETED BY THE LICENSED HEALTH CARE PROVIDER

<i>Name of Medication</i>	<i>Dosage</i>	<i>Route</i>	<i>Time(s) of day to be given</i>

Possible side effects/further instructions: _____

Condition Requiring Medication _____

TO BE COMPLETED BY THE LICENSED HEALTH CARE PROVIDER

<i>Name of Medication</i>	<i>Dosage</i>	<i>Route</i>	<i>Time(s) of Day to be given</i>

Possible side effects/further instructions: _____

I request and authorize that the above named student be administered the above identified medication(s) in accordance with the instructions indicated above. Duration of order IF less than current school year (includes summer school). _____

Date of Signature

Licensed Health Care Provider's Signature

Telephone Number

Fax Number

Licensed Health Care Provider Name *Please Print*

THIS PORTION IS TO BE COMPLETED BY THE PARENT / GUARDIAN

APROBACIÓN DEL PADRE O GUARDIÁN

Por la presente autorizo al personal de la escuela para administrar el medicamento ordenado por el proveedor de la salud con licencia del estudiante. Entiendo que el personal escolar no están médicamente autorizadas, pero capacitados para administrar el medicamento anteriormente. Nota para los padres: Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela por un padre / guardián. Todos los medicamentos deben estar en el envase original. Etiquetas de prescripción deben incluir el nombre del estudiante, nombre del medicamento, la dosis y modo de administración, fecha de caducidad, y el nombre del proveedor de la salud con licencia. Si el medicamento es un medicamento de venta libre, la etiqueta debe incluir el nombre del medicamento, dosis, vía de administración para la edad / peso, y la fecha de caducidad.

Escriba su nombre

Firma

Fecha