

Medication Administration Authorization Form

Student's Name: _____ DOB _____ School: _____ Grade _____

Physician: _____ Phone: _____ Fax: _____

According to the Texas Education Code and Uplift Education's policy, all medications administered at school must comply with the following guidelines:

1. **All medication(s)** must be in its original/properly labeled container with written request, to administer, from the parent/guardian. The medication must be FDA approved with dosage information clearly marked on the container.
2. Medications kept at school for greater than 3 consecutive days will require written authorization from a licensed physician.
3. Only medications that cannot be given at home will be given at school.
4. No more than a 30 day supply of medication(s) will be accepted at a time.
5. Medication that has expired or is not picked up by the parent will be properly destroyed.
6. Trained district employees may administer medication(s) when a nurse is not available.
7. Aspirin or products containing aspirin will not be given without a physician's order.
8. Medication(s) purchased in a foreign country will not be administered to scholars, unless the pharmacy is a U.S. FDA approved pharmacy.

*****For student safety, all medications should be brought to the clinic by the parent/guardian.**

Medications	Dose	Route	Time	Possible Side Effects	Length of Time to be Administered

Please list all diagnosis for which the above medication(s) are prescribed?

Will this be the first dose of a new medication for the scholar? _____ Yes _____ No

FOR THE PHYSICIAN

I authorize the medication(s) listed above to be kept at school and administered to the student as listed above.

 Physician's Signature

 Date

FOR THE PARENT/GUARDIAN

I authorize that the above medication(s) be given to my child as directed. I hereby give permission to the school nurse to contact the prescribing physician with any questions related to the above medication(s) and diagnosis.

 Signature of Parent/Guardian

 Date

FOR OFFICE USE ONLY

Med. count

Aug.	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Feb.	March	April	May

Medication started: _____ Medication stopped: _____ Returned to parent/guardian: _____



Formulario de autorización de administración de medicamentos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela: _____ Grado _____

Médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

De acuerdo con el Código de Educación de Texas y con la política de Uplift Education, todos los medicamentos administrados en la escuela deben cumplir con las siguientes directrices:

1. **Todos los medicamentos** deben estar en su envase original/propiamente etiquetados con la solicitud escrita, para administrar, por parte del padre/madre/tutor. El medicamento debe ser aprobado por la FDA con la información de la dosis claramente marcada en el envase.
2. Los medicamentos que se conserven en la escuela durante más de 3 días consecutivos requerirán la autorización por escrito de un médico con licencia.
3. Solo se administrarán en la escuela los medicamentos que no puedan administrarse en casa.
4. No se aceptará un suministro de medicamentos para más de 30 días a la vez.
5. Los medicamentos que hayan caducado o que no sean recogidos por los padres serán debidamente destruidos.
6. Los empleados capacitados del distrito pueden administrar medicamentos cuando no haya un enfermero disponible.
7. No se administrará aspirina o productos que contengan aspirina sin una orden médica.
8. Los medicamentos comprados en un país extranjero no se administrarán a los estudiantes a menos que la farmacia sea una aprobada por la FDA de EE. UU.

***** Por la seguridad del estudiante, todos los medicamentos deben ser traídos a la clínica por el padre/madre/tutor.**

Medicamentos	Dosis	Vía	Hora	Posibles efectos secundarios	Duración de la administración
Enumere todos los diagnósticos para los que se prescriben los medicamentos anteriores.					

¿Será esta la primera dosis de un nuevo medicamento para el estudiante? _____ Sí _____ No

PARA EL MÉDICO

Autorizo a que los medicamentos anteriormente indicados sean conservados en la escuela y administrados al estudiante según se indica anteriormente.

Firma del médico

Fecha

PARA EL PADRE/MADRE/TUTOR

Autorizo que los medicamentos anteriormente indicados sean administrados a mi hijo según las indicaciones. Por la presente, doy permiso al enfermero de la escuela para que se ponga en contacto con el médico que recetó los medicamentos con cualquier pregunta relacionada con los medicamentos mencionados anteriormente y con el diagnóstico.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

SOLO PARA USO EN CONSULTORIO

Recuento med.

Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.

Medicamento iniciado: _____ Medicamento suspendido: _____ Devuelto al padre/madre/tutor: _____