

LEARN SCHOOL HEALTH PROGRAM

Authorization for the Administration of Medicine by School Personnel

Connecticut State Law and Regulations 10-212a require a written medication order of an authorized prescriber and parent/guardian written authorization for the nurse, or in her absence, qualified school personnel to administer medication. Medications must be in the original properly labeled container and labeled with name of the student, name of drug, strength, dosage, frequency, name of authorized prescriber, and date of original prescription.

Authorized Prescriber's Authorization

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

Condition for which drug is being administered: _____

Drug Name (generic and brand name): _____

Dose: _____ Route: _____

Time of Administration: _____

If PRN, specify symptoms for which it is given: _____

Medication shall be administered from: _____ to _____
Month/Day/Year Month/Day/Year

Relevant side effects to be observed, if any: _____

Treatment plan for side effects: _____

Is this a controlled drug? _____

It is understood that an exchange of information between the prescriber and the school nurse may be necessary to ensure the safe administration of such medication.

Name/Title of Prescriber: _____ Telephone: _____

Address: _____

Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Authorization

I hereby request that the above ordered medication be administered by school personnel. I also give permission for the exchange of information between the prescriber and the school nurse necessary to ensure the safe administration of such medication. I understand that I must supply the school with no more than a 3 month supply of medication and that this medication will be destroyed if not picked up within one week following termination of the order or the last day of school, whichever comes first.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Relationship to Child: _____ Home #: _____ Alternate #: _____

Authorization for Self-Administration of Medication

Self-administration of medication may be authorized by the prescriber and parent/guardian and except in the case of emergency medications, must be approved by the school nurse.

Prescriber's authorization for self-administration: Yes No _____
Signature/Date

Parent/Guardian authorization for self-administration: Yes No _____
Signature/Date

School nurse approval for self-administration: Yes No _____
Signature/Date

School Nurse Comment: _____

PROGRAMA DE SALUD DE LA ESCUELA LEARN

Autorización para la Administración de Medicina por el personal de la escuela

La ley y Reglamento del Estado de Connecticut 10-212a requiere una orden por escrito de medicamentos de un médico autorizado y los padres / guardianes para la enfermera, o en su ausencia, el personal especializado de la escuela para administrar medicamentos. Los medicamentos deben estar en su envase original, debidamente rotulados y etiquetados con el nombre del estudiante, nombre de la medicina, la fuerza, la dosis, frecuencia, nombre del médico autorizado, y la fecha de la receta original.

Autorización del Médico Autorizado

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Condición para la cual la medicina se está administrando: _____

Nombre de la medicina (genéricos y de marca): _____

Dosis: _____ Itinerario: _____

Hora de Administración: _____

Si es PRN, especifique los síntomas para los que se da: _____

Los medicamentos deben ser administrados a partir de: _____ hasta _____

Mes / Día / Año

Mes / Día / Año

Efectos secundarios relevantes que deben ser observados, si hay alguno: _____

Plan de tratamiento para los efectos secundarios: _____

¿Es este un medicamento controlado? _____

Es entendido que un intercambio de información entre el médico y la enfermera escolar sea necesario para garantizar la administración segura de medicamentos.

Nombre / Título de la persona prescribiendo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del Médico _____ Fecha: _____

Autorización del Padre / Guardián

Yo solicito que la medicación mencionada arriba sea administrada por personal de la escuela. También doy permiso para el intercambio de información entre el médico y la enfermera escolar para garantizar la administración segura de medicamentos. Entiendo que debo proporcionar a la escuela no más de un suministro de 3 meses de medicamentos y que este medicamento será destruido si no es recogida dentro de una semana después de la terminación de la orden o el último día de clases, lo que ocurra primero.

Firma de Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

Relación del niño: _____ Numero de Teléfono de la casa: _____

Numero alternativo: _____

Autorización para la Auto-Administración de Medicamentos

La autoadministración de medicación puede ser autorizada por el médico y el padre / guardián y en el caso de medicamentos de emergencia, deben ser aprobados por la enfermera de la escuela.

Autorización del doctor para la auto-administración: Sí No _____
Firma / Fecha

Autorización del padre / guardián para la auto-administración: Sí No _____
Firma / Fecha

Aprobación de la enfermera escolar para la auto-administración: Sí No _____
Firma / Fecha

Comentarios de la Enfermera Escolar: _____