

**2017-2018
FLOSSMOOR SCHOOL DISTRICT 161**

AUTHORIZATION AND PERMISSION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Student Name: _____ **School:** _____

Birthdate: _____ **Grade:** _____

**IF THIS MEDICATION WILL BE SELF-ADMINISTERED AND CARRIED
(INHALERS AND EPI-PENS ONLY), ADDITIONAL FORMS ARE NECESSARY.**

PHYSICIAN AUTHORIZATION:

Name of Medication: _____

Dosage: _____

Diagnosis: _____

Frequency/Time of Administration: _____

Intended Effect of Medication: _____

Adverse Effects from Medication: _____

Discontinuation Date: _____



Name of Medication: _____

Dosage: _____

Diagnosis: _____

Frequency/Time of Administration: _____

Intended Effect of Medication: _____

Adverse Effects from Medication: _____

Discontinuation Date: _____

PHYSICIAN'S SIGNATURE

PHYSICIAN'S NAME (Please print)

PHYSICIAN'S PHONE NUMBER

EMERGENCY NUMBER

PHYSICIAN'S STAMP

DATE

AUTORIZACIÓN DEL PADRE:

Por medio del presente confirmo que yo soy la persona principalmente responsable de administrarle el medicamento a mi hijo(a). Sin embargo, si yo no puedo hacerlo o en el caso de una emergencia médica, por medio del presente autorizo que El Distrito Escolar Flossmoor 161 y sus empleados y agentes le administren o intenten administrarle a mi hijo(a) (o que permitan que mi hijo(a) se autoadministre, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar Flossmoor 161), en mi nombre y en mi lugar, el medicamento legalmente recetado, de la manera descrita arriba. Entiendo que podría ser necesario que otro individuo que no es la enfermera de la escuela le administre los medicamentos a mi hijo(a) y doy mi consentimiento específico para ello. Además entiendo y acepto que cuando se le administre o intente administrar a mi hijo(a) el medicamento legalmente recetado, renuncio a todo reclamo que pudiera tener en contra del Distrito Escolar Flossmoor 161, sus empleados y agentes que surja de la administración de dicho medicamento. Además, acepto eximir de responsabilidad y mantener indemne al Distrito Escolar Flossmoor 161, a sus empleados y agentes, bien sea en conjunto o individualmente de todo reclamo, daños y perjuicios, causas de acción o lesiones provocados por o resultantes de la administración o intento de administración de dicho medicamento. Entiendo que podría ser necesario que el personal profesional del Distrito se comuniquen con el recetante autorizado y/o con el médico de mi hijo(a) con relación al medicamento indicado arriba y autorizo que se realice dicha comunicación.

 Nombre del alumno (en letra de imprenta)

 Nombre del padre/madre o tutor (en letra de imprenta)

 Firma del padre/madre/tutor

Fecha

 Dirección del padre/madre/tutor

 Tel. del hogar del padre/madre/tutor

Tel. del trabajo

Celular

Los medicamentos se administran en la escuela de conformidad con las siguientes directrices:

- Autorización del médico y del padre para la administración del medicamento.
- El medicamento debe estar en el envase original etiquetado en el que se surtió o en el envase etiquetado por el fabricante.
- La etiqueta del medicamento debe contener el nombre del alumno, el nombre del medicamento, las indicaciones de uso y la fecha.
- Renovación anual de la autorización y notificación inmediata, por escrito, de cualquier cambio.
-

Aprobado por la enfermera: _____

Fecha: _____