



AUTHORIZATION FOR MEDICATION

ONE MEDICATION PER FORM

SCHOOL YEAR: 20____20____

STUDENT'S

PICTURE

Student's Name _____

Date of Birth _____

Grade _____

School Name _____

Phone Number _____

Fax Number _____

TREATMENT PLAN (To be completed by Medical Provider)

Diagnosis: _____

ALLERGIES: _____

Medication/Strength/Route: _____

Dose & Frequency: _____

Directions: _____

Side Effects: _____

Has student been trained in the use _____ (medication's name) Yes No

Is student authorized to carry *and* self-administer _____ (medication's name) Yes No

I am aware that this medication may be administered by school personnel/non-medical staff.

Provider's Name (PLEASE PRINT/STAMP) _____

Signature _____

Date _____

Address _____

Phone _____

Fax _____

PARENTAL/GUARDIAN PERMISSION

I, _____, give my permission to the School Principal or his/her specified
Parent/Guardian Name (PLEASE PRINT)

delegated personnel to administer prescribed medication to: _____
(Student's name and Relationship)

Signature of Parent/Guardian _____

Phone _____

Date _____

FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

UN FORMULARIO POR CADA MEDICAMENTO

CURSO ESCOLAR: 20 _____ 20 _____

FOTO DEL
ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Grado

Nombre de la escuela

Teléfono

Número del Fax

PLAN DE TRATAMIENTO (Para ser llenada en su totalidad por el proveedor de salud médica)

Diagnóstico: _____

ALERGIAS: _____

Medicamento/Concentración del medicamento/Vía: _____

Dosis y frecuencia: _____

Instrucciones a seguir: _____

Efectos secundarios: _____

¿Ha sido el estudiante entrenado en su uso? _____ (nombre de la medicación) Sí No

¿Está el estudiante autorizado de llevarla consigo y auto administrarla? _____ (nombre de la medicación)
Sí No

Estoy consciente que personas del plantel escolar pero que no son personal médico pueden administrar este medicamento.

Nombre del proveedor (POR FAVOR IMPRIMIR/ESTAMPAR)

Firma

Fecha

Dirección

Teléfono

Fax

PERMISO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Yo, _____, doy permiso al director de la escuela o a su designado
Nombre del Padre/Madre/Tutor (POR FAVOR IMPRIMIR)

que le administre la medicación prescrita a: _____
(Nombre del estudiante y parentesco al estudiante)

Firma del Padre/Madre/Tutor

Teléfono

Fecha

OTORIZASYON POU BAY MEDIKAMAN
YON FÒM POU CHAK MEDIKAMAN
ANE LEKÒL: 20____20____

FOTO
ELÈV LA

Non Elèv la

Dat Nesans

Ane Eskolè

Non Lekòl

Nimewo Telefòn

Nimewo Faks

PLAN TRETMAN (pou Founisè Medikal la ranpli)

Dyagnostik: _____

ALÈJI: _____

Medikaman/Fòs/Fason pou Bay li: _____

Dòz ak Frekans: _____

Direksyon: _____

Efè Segondè: _____

Èske elèv la konnen ki jan pou itilize _____ (non medikaman an) Wi Non

Èske elèv la otorize pou l pote e bay tèt li _____ (non medikaman an) Wi Non

Mwen okouran pèsonèl lekòl la/anplwaye ki pa nan domèn medikal ka administre medikaman sa a.

Non Founisè a (SILVOUPLÈ ENPRIME/SELE)

Siyati

Dat

Adrès

Telefòn

Faks

PÈMISYON PARAN/GADYEN

Mwen, _____, bay Direktè Lekòl la oubyen pèsonèl espesifik li
Non Paran/Gadyen (SILVOUPLÈ ENPRIME)

delege, pèmisyon pou bay medikaman preskri sa a: _____
(Non elèv la e relasyon mwen ak li)

Siyati Paran/Gadyen

Telefòn

Dat