

AUTHORIZATION FOR MEDICATION OR MEDICAL TREATMENT TO BE GIVEN AT SCHOOL

**TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN**

**(ONE FORM PER MEDICATION)**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_

Route: \_\_\_\_\_ To be given at the following time(s) : \_\_\_\_\_

Daily prescribed medication may be given late with parent verbal authorization to health clerk.  Yes  No

Special Instructions: \_\_\_\_\_

Purpose of medication: \_\_\_\_\_

Side effects that need to be reported: \_\_\_\_\_

Starting Date: \_\_\_\_\_ Ending Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Health Care Provider with Prescriptive Authority License Number

\_\_\_\_\_  
Phone Number Fax Number Date

**Adams County School District #14 agrees to administer medication prescribed by a licensed health care provider. It is the parent/guardian's responsibility to furnish the medication. The parent agrees to pick up expired or unused medication within one week of notification by staff.**

**Prescription medications** must come in a container labeled with: child's name, name of medicine, time medicine is to be given, dosage, and licensed health care provider's name. Pharmacy name and phone number must also be included on the label.

**Over the counter medication** must be labeled with child's name. Dosage must match the signed health care provider authorization, and medicine must be packaged in original container.

**To be completed by the parent or guardian**

I hereby give my permission for \_\_\_\_\_ to take the  
(Child's Name)

above medication, in child care /school as ordered by the health care provider. I understand that it is my responsibility to furnish the medication.

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian's Name Parent/Legal Guardian Signature Date

\_\_\_\_\_  
Work Phone Home Phone

**By signing this document, I give permission for my child's health care provider to share information about the administration of this medication with the nurse or school staff delegated to administer medication.**

**Please ask the pharmacist for a separate medicine bottle to keep at school / child care. Thank you**

AUTHORIZATION FOR MEDICATION OR MEDICAL TREATMENT TO BE GIVEN AT SCHOOL

**TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN**

**(ONE FORM PER MEDICATION)**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_

Route: \_\_\_\_\_ To be given at the following time(s) : \_\_\_\_\_

Daily prescribed medication may be given late with parent verbal authorization to health clerk.  Yes  No

Special Instructions: \_\_\_\_\_

Purpose of medication: \_\_\_\_\_

Side effects that need to be reported: \_\_\_\_\_

Starting Date: \_\_\_\_\_ Ending Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Health Care Provider with Prescriptive Authority License Number

\_\_\_\_\_  
Phone Number Fax Number Date

**El Distrito Escolar 14 del Condado de Adams esta de acuerdo en administrar la medicación recetada por un proveedor con licencia de cuidado médico. Es la responsabilidad del padre/guardian proveer la medicación. El padre esta de acuerdo en recoger la medicación vencida o no usada dentro de el plazo de una semana de cuando se le avise por el personal.**

**Medicaciones con receta medica** deben venir en un envase etiquetado con: el nombre del niño, nombre de la medicina, la hora en que la medecina debe ser dada, dosis y el nombre de un proveedor con licencia de cuidado médico. También debe ser incluido el nombre y el número de teléfono de la farmacia.

**Medicaciones compradas sin receta medica** deben ser etiquetadas con el nombre del niño. La dosis debe ser igual a la autorización firmada por el proveedor con licencia de cuidado médico, y debe estar empaquetada en el envase original.

**Debe ser completado por el padre o el guardián**

Doy por este medio mi permiso para que \_\_\_\_\_ tome  
(Nombre del Niño)

la medicación mencionada en la guarderia o la escuela según ordenado por el proveedor con licencia de cuidado médico Entiendo que es mi responsabilidad proveer la medicación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián legal Firma del Padre/Guardián Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono Del Trabajo Teléfono de Casa

Firmando este documento, doy el permiso para que el proveedor con licencia de cuidado medico de mi niño comparta la información de sobre la administración de esta medicación con la enfermera o el personal de la escuela delegado a administrar la medicación.

**Por favor pida a la farmacia una botella separada de la medecina para guardar en la escuela/guarderia del niño. Gracias**