

**Greater Albany Public Schools**  
**Authorization for Medication Administration by School Personnel**

To: \_\_\_\_\_ of: \_\_\_\_\_  
(Administrator's Name) (School Name)

Student Legal Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

I am giving school personnel permission to administer medications to my child per the following:

Parent or Physician to complete:

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

Non Prescription     Prescription Rx # \_\_\_\_\_

Dose (how much): \_\_\_\_\_

Frequency (how often): \_\_\_\_\_

Route (circle one): Mouth    Ear    Eye    Nose    Skin

Time medication is to be administered: \_\_\_\_\_

Duration: Start date: \_\_\_\_\_ End Date: \_\_\_\_\_

Reason For Medication:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Special Instructions:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_ Please allow my child to self-administer this medication (refer to district policy on self medication).

\_\_\_ Please send this medication on field trips that overlap dosage times.

**I understand I am responsible to provide this medication and maintain the supply as needed. I understand I am responsible to notify the school in writing of any changes.** Parents are required to pick up all unused medication by the last date of school. All medication left at the school will be discarded.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

*This authorization applies only to the medication listed above and for the duration of treatment or school year. This also authorizes an exchange of information, as necessary, between the school nurse, appropriate school personnel, and/or my child's health provider.*

**Escuelas Públicas de Greater Albany**  
**Autorización para la Administración de Medicamentos por el Personal de la Escuela**

Para: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Administrador) (Nombre de la escuela)

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Yo doy mi permiso al personal de la escuela de administrar medicamentos a mi estudiante por lo siguiente:

Padre/Apoderado o Medico que completó esta sección:

Medicamento: \_\_\_\_\_

Non hay prescripción  # Rx de Prescripción \_\_\_\_\_

Dosis (cantidad): \_\_\_\_\_

Frecuencia (que seguido): \_\_\_\_\_

Vía (encierre uno con un circulo): Boca Oído Ojos Nariz Piel

La hora que se administrará el medicamento: \_\_\_\_\_

Duración: Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Término: \_\_\_\_\_

Razón por la medicación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instrucciones especiales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ Por favor permita que mi hijo/a se auto administre este medicamento (ver la póliza del distrito escolar sobre la auto administración de medicamentos).

\_\_\_ Por favor envíe este medicamento a todos los paseos escolares que coincidan con los horarios de la dosis.

**Yo entiendo que soy responsable de proveer este medicamento y mantener abastecido tal y como se necesite. Yo entiendo que soy responsable de notificar por escrito de cualquier cambio a la escuela. Los padres/apoderados son requeridos de recoger toda la medicación, que no sea usada el último día de clases. Todo medicamento dejado en la escuela será desechado.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Apoderado

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Esta autorización es válida solamente para la medicación listada anteriormente y para la duración del tratamiento o el año escolar. Esta también autoriza, a un intercambio de información, como sea necesario entre la enfermera de la escuela, el personal apropiado de la escuela y/o el proveedor de salud del niño/a.*