

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.