

SCHOOL DISTRICT OF LANCASTER
HEALTH SERVICES PROGRAM

Permission for Medication Administration

This permission and information form must be completed and returned to school if your child must receive prescribed medication during the school day. Medication must be sent to school in the original container with the prescription labeled by the pharmacist including the information requested below. Please do not send unlabeled bottles to school. Skin patches worn during the school day require a signed medication permission form. **Field trips may require medication time to be adjusted or dose omitted if a parent or nurse is unavailable to attend the trip.**

Students may self-carry and self-administer inhalers or Epipens with a written order from their physician stating that they are qualified and responsible to do this. A written request from the parent is required stating that the physician's order is to be followed and that the school is relieved of any responsibility for the benefit or consequences of the prescribed medication. The student is to inform the nurse immediately after use of the medication.

By signing below the physician and parent accept this responsibility.

Student's name _____ Birthdate _____

Medication _____

Dose _____ Time Medication is to be given _____

Time to give when 2 hour delay _____ Time change/omitted for Field Trip _____

Other medications taken by student _____

Diagnosis _____ Side effects _____

Is student competent to self-carry and self-administer inhaler or EPIPEN? _____

May student self-carry and self-administer inhaler or EPIPEN on Field Trip? _____

Name and address of Physician _____

Signature of Physician _____ **Date** _____

Signature of Parent / Guardian _____ **Date** _____

DISTRITO ESCOLAR DE LANCASTER
PROGRAM PARA SERVICIOS DE SALUD

Permiso De Medicamento

Este formulario para permiso e información debe ser completado y devuelto a la escuela si su niño(a) necesita recibir medicamento durante el día de clases. El medicamento debe ser llevado a la escuela en su envase original con la receta escrita por el farmacéutico incluyendo la información que se pide abajo. Por favor no mande botellas sin la etiqueta a la escuela. Parches de piel que se usa durante el día escolar requieren un formulario de permiso de medicamentos firmado. **Las excursiones pueden requerir ajustar el medicamento o omitir la dosis si el padre o la enfermera no está disponible para asistir a la excursión.**

Los estudiantes pueden llevar con ellos y administrar sus propios inhaladores o Epipens con una orden escrita de su medico, afirmando que ellos son responsables y capacitados para hacer esto. Una petición escrita de sus padres es requerida afirmando que la orden médica debe llevarse acabo, y que la escuela es exonerada de cualquier responsabilidad, consecuencia, o beneficio del medicamento recetado. El estudiante tiene que informarle, inmediatamente a la enfermera despues de usar la medicacion. **Firmando abajo, el doctor y el (la)pariente están aceptando la responsabilidad.**

Nombre del Nino(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Medicamento _____

Administro _____ Tiempo _____

El cambio de tiempo/omitido Excursión _____

Nombre otros medicamentos _____

Diagnosis _____ Los efectos secundarios _____

¿Es el estudiante competente para cargar y administrar su inhaladore o EPIPEN? Sí _____

¿Puede el estudiante administrar a supropia persona el inhalador o el EPIPEN en la excursion? _____ Es hora de dar al 2 horas de retraso _____

Name and address of Physician _____

Signature of Physician _____ **Date** _____

Nombre del Padre ó Guardian _____ **Fecha** _____