

Ontario School District

Authorization for Medication Administration by School Personnel

School: _____

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

I give school personnel permission to administer medication to my child per the following instructions:

Parent/Physician to complete:	Parent please circle one of the following:
Medication: _____	
Dose (how much): _____	Non -prescription
Frequency (how often): _____	Prescription
By: Mouth Ear Eye Nose Skin (circle one)	_____ Rx number
Time of day to be given: _____	(Self administered medication require additional form and ok from doctor)
Duration : Start Date: _____ End Date: _____	
Reason for medication:	
Special Instructions:	

I understand I am responsible to provide this medication and maintain 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 day of school. All medication left at 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 care provider.

Review by SchoolNurse: _____ Date: _____

Distrito Escolar de Ontario

Autorización para la Administración de Medicamentos por el Personal Escolar

Escuela: _____

Nombre de Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Maestro _____

Estoy dando permiso al personal escolar para administrar medicamentos a mi niño por medio de las siguientes instrucciones:

<p>Padres o Doctor por favor complete: Medicación/Medicina _____</p> <p>Dose/Dosis _____</p> <p>Frequency/Frecuencia _____</p> <p>By/Por: Mouth Ear Nose Skin (circle one) Boca Oídos Nariz Piel (marque uno)</p> <p>Time of day to be given: _____ Hora del día que se debe dar _____</p> <p>Duración/Duración: Start Date _____ End Date _____</p> <p>Fecha de Empiezo _____ Fecha de Finalización _____</p> <p>Reason for medication/ Razón por medicina:</p> <p>Special Instructions/Instrucciones especiales:</p>	<p>Padres por favor marque uno de los siguientes:</p> <p>Sin receta</p> <p>Numero de receta: _____</p> <p>(Medicina autoadministrado requiere una forma adicional y la aprobación del doctor)</p>
--	---

Yo entiendo que yo soy responsable de proveer esta medicación y mantenerlo abastecido como sea necesario. Yo entiendo que yo soy responsable de notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio. Es requerido que los padres recojan cualquier medicina que no se ha usado para el último día de escuela. Medicina que no sea recogida será descartada.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

(Esta autorización solamente aplica a las medicinas mencionadas arriba y por la duración del tratamiento o el año escolar.) Esto también autoriza el intercambio de información, como sea necesario, entre la enfermera de la escuela, personal apropiado de la escuela, y/o el proveedor de salud de mi niño.

Review by School Nurse: _____ Date: _____