

Skagit Pediatrics, LLP
2101 Little Mountain Ln
Mount Vernon, WA 98274
Tel (360) 428-2622
Fax (360) 428-3941

School Building Fax # _____ (if authorization is faxed, original must be mailed to the school)

AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

Student Name: _____ Birth Date: _____ Sex: M / F

School: _____ Teacher: _____ Grade: _____

HEALTH CARE PROVIDER completes this section: *(please print)*

I have determined that the medication named below is necessary during the school day.

Name of medication: _____ Dose: _____

Tablet/capsule Liquid Inhaler Nebulizer Other _____

If medicine is given DAILY, at what time? _____

If medicine is to be given AS NEEDED, describe indications: _____

How soon can it be repeated? _____

Is child allowed to carry and self-administer "rescue inhaler"? Yes No

If yes, I have trained this student in the purpose and appropriate method and frequency of use.

Storage Instruction: Room Temperature Refrigeration

Diagnosis or reason for medication: _____

Length of time this treatment is recommended: Current School Year From _____ to _____

Significant side effects: _____

Date: _____ Health Care Provider Signature: _____

PARENT/GUARDIAN completes this section:

I request that my child be allowed to take the medication as described above.

I understand that school staff will attempt to administer medication in a timely manner; however, due to school's schedule and other responsibilities of school staff members, it is permissible for dosage or dosages to be delayed or missed.

I will provide the medication in the original, properly labeled container.

I understand that if I do not pick up any medication left at the end of the school year, it will be destroyed.

I give my permission for school staff to communicate freely with this health care provider.

I understand that my signature indicates my understanding that the school staff shall not incur any liability for any injury when the medication is administered in accordance with the health care provider's direction and in accordance with the District Policy and Procedure 3416 and 3419.

(Date)

(Parent/Guardian Signature)

(Daytime Phone)

(Emergency Phone)

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / F

Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Esta Sección Debe Ser Completada por el Médico: *(por favor escriba)*

Yo certifico que existen razones válidas de salud que requieren la administración de medicamentos durante las horas escolares.

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Tableta/cápsula Líquido Inhalador Nebulizador Otro _____

Si la medicina se da diariamente, ¿a qué hora se Administrará? _____

Si la medicina se da cuando sea necesario, describa las indicaciones: _____

¿Cada cuando se puede repetir? _____

¿El niño tiene permiso de traer con él y administrarse el "inhalador" por sí mismo? Sí No

Si respondió si, yo he enseñado al estudiante con la intención y el método apropiado y frecuencia de su uso.

Instrucciones de Almacenamiento: Temperatura del Ambiente Refrigeración

Diagnóstico o razón para la Medicina: _____

Duración de Tiempo de la Receta Médica: Año escolar actual Desde _____ Hasta _____

Posibles Efectos Secundarios: _____

Fecha: _____ Firma del Médico: _____

Esta Sección Debe Ser Completada por el Padre o Guardián:

He leído este formulario y pido y doy mi autorización a la escuela para administrar el medicamento recetado.

Además, reconozco el hecho de que a causa del horario escolar y otras responsabilidades de los empleados escolares, es posible que la/las dosis no se den al tiempo debido o no se alcancen a dar ese día.

Yo tengo la obligación de proveer el medicamento en el contenedor apropiadamente marcado.

En caso de que sobre medicamento al fin del año escolar, se destruirá si yo no lo levanto antes del último día de escuela.

Ustedes tienen mi permiso para comunicarse abiertamente con este médico.

Yo entiendo que mi firma indica que la escuela no acepta ninguna responsabilidad por cualesquier reacción adversa cuando el medicamento se ha administrado de acuerdo con las instrucciones del médico y de acuerdo con la Póliza del Distrito y procedimiento 3416 y 3419.

(Fecha)

(Firma del Padre/Guardián)

(Teléfono durante el día)

(Teléfono de Emergencia)