



North Metro Flex Academy

School Medication Authorization Form

-ONE (1) MEDICATION PER FORM – REQUIRED FOR ALL (PRESCRIPTION & OVER THE COUNTER) MEDICATION

-Form is required to be completed each school year (and with changes)

-Medication must be submitted in original container / with a printed label from the pharmacy (if prescription) that matches below information

-Medication must be transported to/from school by an adult and locked in the Health Office (unless alternate plan is made with school nurse)

Student Name: _____ **Birth Date:** _____ **School Year:** _____

Prescriber Portion

Medication Name: _____ **Concentration:** _____

Dose: _____ **Route:** _____ **Frequency:** _____

Indication or instructions for “as needed” med: _____

Possible Side Effects: _____

For Emergency Medication: The student is capable, has been instructed of the proper use of this medication, and may self-carry/ self- administer this medication: _____ Yes _____ No

Date: _____ **Prescriber Name:** _____

Prescriber Signature: _____ **Phone/Fax:** _____

Parent Guardian Portion

I request this medication be given as prescribed (above) including on field trips. I release school personnel from any liability in the administration of this medication and understand that I am responsible for communication with the healthcare provider who is ordering this medication. I understand that this medication will not be administered by a school nurse. I understand that this authorization will be effective and need to be renewed each school year. I agree to provide medication in the unopened original container (for over the counter med) / with a printed label from the pharmacy (prescription med) and pick the medication up at the end of the school year (or it will be discarded). I will provide all necessary devices required to administer this medication, if needed (ie: nebulizer mask/tubing, syringes, pill crusher, medcup, etc). Information may be exchanged with staff working with my child, medical providers, and emergency personnel, if needed, to ensure the student's safety.

For Emergency Medication: The student is capable, has been instructed of the proper use of this medication, and may self-carry/ self- administer this medication: _____ Yes _____ No

Date: _____ **Parent/Guardian Name:** _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Phone:** _____



North Metro Flex Academy

Formulario de Autorización de Mediación Escolar

- Uno (1) MEDICAMENTO POR FORMULARIO: REQUERIDO PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS (RECETAS Y SIN RECETA)
- El formulario se debe completar cada año escolar (y con los cambios)
- La medicación debe enviarse en el envase original/com una etiqueta impresa de la farmacia (si se trata de una receta) que coincida con la siguiente información
- La medicación debe ser transportada a/desde la escuela por un adulto y encerrada en la oficina de salud (a menos que se haga un plan alternativo con la enfermera de la escuela)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Año Escolar: _____

Porción del Prescriptor

Nombre del medicamento: _____ Concentración: _____

Dosis: _____ Vía: _____ Frecuencia: _____

Indicación o instrucciones para "según sea necesario" medicamento: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Para **medicamentos de emergencia**: El estudiante es capaz, ha sido instruido sobre el uso correcto de este medicamento y puede teletransportar/administrarse este medicamento: _____ Si _____ No

Fecha: _____ Nombre del prescriptor: _____

Firma del prescriptor: _____ Telefono/Fax: _____

Parent Guardian Portion

Solicito que este medicamento se administre según lo prescrito (arriba), incluso en excursiones. Liberó al personal de la escuela de cualquier responsabilidad en la administración de este medicamento y entiendo que soy responsable de la comunicación con el proveedor de atención médica que está ordenando este medicamento. Entiendo que este medicamento no será administrado por una enfermera escolar. Entiendo que esta autorización será efectiva y debe renovarse cada año escolar. Estoy de acuerdo en proporcionar medicamentos en el envase original sin abrir (para medicamentos de venta libre)/con una etiqueta impresa de la farmacia (medicamentos recetados) y recoger el medicamento al final del año escolar (o se descarta). Proporcionaré todos los dispositivos necesarios para administrar este medicamento, si es necesario (es decir: máscara/tubo nebulizador, jeringas, triturador de píldoras, medcup, etc.). La información se puede intercambiar con el personal que trabaja con mi hijo, los proveedores médicos y el personal de emergencia, si es necesario, para garantizar la seguridad del estudiante.

Para **medicamentos de emergencia**: El estudiante es capaz, ha sido instruido sobre el uso correcto de este medicamento y puede teletransportar/administrarse este medicamento: _____ Si _____ No

Fecha: _____ Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____