

Authorization for medications to be taken at school

Name of Student _____ Date of Birth _____

Name of medication (one medication per form) _____

Dose (how much) _____ for how long (not to exceed the school year) _____

Scheduled time (s) _____

If medication is 'as needed':

Specific reason (for example "toothache") _____ How often? Every __ hours

What is the medication for? _____

Route circle one: Mouth Eye Ear Nose Skin Other: _____

Any special instructions?

Possible side effects and actions to be taken? _____

I Request this medication be given to my student named above and agree to:

- Inform staff if medication is being sent with my student in order to assure safety of all students
- Send medication in the original labeled container
- Non prescription medications are commercially prepared, non alcohol-based and limited to eye, nose and cough drops, cough suppressants, analgesics, decongestants, antihistamines, topical antibiotics, anti-inflammatories and antacids that do not require written or oral instructions from a physician
- Nursing staff will only give medications according to written prescription or manufactures labeling
- Allow OSD nursing staff to communicate with prescribing provider of this medication.
- Students found in possession of medication without proper documentation will be subject to disciplinary action

Parent signature _____ date _____

Self administration Request:

In order for a student to self administer medication the student must demonstrate the ability developmentally and behaviorally to self medicate and keep the medication in a secure place not accessible to other students. Please contact OSD Student Health Services if you wish to make this request or have any Questions please feel free to call us at (503)378-3861 v 1(866)572-8607 vp

Autorización para tomar medicación dentro de la escuela

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de medicación (una medicación por forma) _____

Dosis (cuanto) _____ por cuánto tiempo (no puede exceder el año escolar) _____

Tiempo(s) previsto _____

Si la medicación es 'como necesaria':

Razón específica (por ejemplo "dolor de muelas") _____ ¿Con qué frecuencia? Cada __ horas

¿Para qué es la medicación? _____

Circle uno: Boca Ojo Oído Nariz Piel Otra cosa: _____

¿Cualquier instrucción especial?

¿Efectos secundarios posibles y acciones para ser tomadas? _____

Solicito que esta medicación sea dada a mi estudiante nombrado anteriormente y estoy de acuerdo en:

- Informar al personal si la medicación está siendo enviada con mi estudiante a fin de asegurar la seguridad de todos los estudiantes
- Envíe la medicación en el contenedor etiquetado original
- Medicaciones sin prescripción están comercialmente listas, no a base de alcohol y limitado a ojo, nariz y pastillas para la tos, supresiones de tos, analgésicos, descongestionantes, antihistamínicos, antibióticos tópicos, anti-inflamatorios y antiácidos que no requieren instrucciones escritas u orales de un médico
- Las enfermeras sólo darán medicaciones según prescripción escrita o etiquetaje de fabricaciones
- Permitir que enfermeras OSD se comuniquen con el proveedor de esta prescripción médica.
- Los estudiantes encontrados en posesión de medicación sin documentación apropiada serán sujetos a acción disciplinaria

Firma paterna _____ Fecha _____

Petición de autoadministración:

Para que un estudiante pueda administrar su propia medicación el estudiante debe demostrar la capacidad de desarrollo y comportamiento para tomar y guardar la medicación en un lugar seguro no accesible a otros estudiantes. Por favor póngase en contacto con los Servicios de Salud de Estudiantes de OSD si usted desea hacer esta petición o tiene alguna Pregunta por favor siéntase libre de llamarnos al (503)378-3861 v 1(866)572-8607 vp