



# COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 15

## MEDICATION and HEALTH CARE TREATMENT AUTHORIZATION

STUDENT NAME: \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

District 15 believes that parents/guardians have primary responsibility for the administration of medication to their children. Therefore, the Board of Education discourages the administration of medication during regular school hours and during school-related activities, unless necessary for the critical health and well-being of the student.

Medication brought to school for administration must be in its original container from the pharmacy or healthcare provider and clearly labeled with:

1. Student's name
2. Drug name and dosage
3. Schedule for medication administration

**Note:** Medication must be brought into school by a parent/guardian and medication remaining at the end of the year or when medication is discontinued must be picked up by a parent/guardian.

Parent/Guardian and physicians must complete and sign this form before medication may be administered. Students who need to keep their asthma medication/inhaler and/or epinephrine auto-injector with them for self-administration must also have a completed **EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION** form.

### PARENTAL AUTHORIZATION

I authorize Community Consolidated School District 15/C.A.R.E. and its employees and agents to administer medication according to the Medication Administration Policy and Procedures of CCSD15 to my child.

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN or LICENSED PROVIDER ORDER

STUDENT NAME: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Medication/Health Treatment \_\_\_\_\_

Specific Time/Instructions \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_

Reason for Medication/Health Treatment and Intended Effect \_\_\_\_\_

Possible side effects \_\_\_\_\_

Possible negative drug interactions \_\_\_\_\_

Length of Time for Administration \_\_\_\_\_ Start Date \_\_\_\_\_ End Date \_\_\_\_\_

Comments/Additional Instruction \_\_\_\_\_

Approved for Possession and Self-administration of

Inhaler  Yes  No

Epinephrine Auto-injector  Yes  No

Emergency Action Plan and/or Medical Management Plan attached

**Signature:** \_\_\_\_\_

**PRINT NAME:** \_\_\_\_\_

Inhaler rescue medication labeled by pharmacist

Insert doctor's stamp here:



**AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS y TRATAMIENTO  
DE CUIDADO DE SALUD**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Maestro(a)** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

El Distrito 15 declara que los padres/tutores tienen la responsabilidad principal de la administración de medicamentos a sus hijos. Por lo tanto, la Junta de Educación desanima la administración de medicamentos durante las horas escolares regulares y durante actividades relacionadas con la escuela a menos que sea necesario para la salud crítica y el bienestar del estudiante.

Los medicamentos llevados a la escuela para ser administrados deben estar en su recipiente original de la farmacia o el proveedor de salud claramente etiquetado con:

- 1. Nombre del estudiante
- 2. Nombre de la droga y la dosis
- 3. Horario de la administración del medicamento

**Noten:** Los medicamentos deben ser llevados a la escuela por uno de los padres/tutores. Los medicamentos restantes al final de año o cuando un medicamento se descontinúa deben ser recogidos por uno de los padres/tutores.

Uno de los padres/tutores y el médico deben completar y firmar este formulario antes de que se pueda administrar cualquier medicamento. Los estudiantes que necesitan tener con ellos su medicamento para el asma/inhalador y/o auto inyector de epinefrina para la auto administración también deben haber completado el formulario de **AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS EN CASO DE EMERGENCIA.**

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES**

Autorizo a Community Consolidated School District 15/C.A.R.E. y a sus empleados y agentes para Administrar medicamentos de acuerdo a la Política y Procedimientos de Administración de Medicamentos del CCSD15 a:

\_\_\_\_\_

**FIRMA DE UNO DE LOS PADRES/TUTORES:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**ORDEN DEL MÉDICO U ORDEN DE UN PROVEEDOR AUTORIZADO**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Medicamento/Tratamiento de Salud** \_\_\_\_\_

**Hora Específica/Instrucciones** \_\_\_\_\_ **Dosis** \_\_\_\_\_ **Vía** \_\_\_\_\_

**Razón del Medicamento/Tratamiento de Salud y Efecto Deseado** \_\_\_\_\_

**Posibles efectos secundarios** \_\_\_\_\_

**Posibles interacciones negativas a la droga** \_\_\_\_\_

**Período de Tiempo para Administrarse** \_\_\_\_\_ **Fecha de Inicio:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Terminación** \_\_\_\_\_

**Comentarios/Instrucciones Adicionales** \_\_\_\_\_

Aprobado para la Posesión y la Auto Administración de

Inhalador  Sí

No

Auto Inyector de Epinefrina  Sí  No

Plan de Acción de Emergencia y/o Plan de Manejo Médico adjuntos

**Firma:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:** \_\_\_\_\_

Medicamento de Inhalador de Rescate etiquetado por un farmacéutico

Ingresar el sello del médico aquí:

