

Health Services

405-587-0005 | www.okcps.org/healthservices

Student Name: _____ DOB: _____ School Year: _____
School: _____ Phone: _____
Teacher: _____ Grade: _____

****TO BE COMPLETED BY THE LICENSED PHYSICIAN OR PRESCRIBER****

1. Name of Medication: _____
2. Reason for Medication: _____
3. Dosage: _____ Time to be administered: _____
4. Duration of medication (week, month, indefinite, etc): _____
5. Side Effects(circle one)? Yes / No If _____ yes, specify:

6. Form of medication/treatment: Tablet Liquid Inhaler Injection Nebulizer
 Other _____
7. Special Storage Requirements: None Refrigerate

LICENSED PRESCRIBER SIGNATURE

PRINTED NAME

DATE

ADDRESS

PHONE

FAX

****TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN****

I hereby request and give my permission for the above names school to administer the medication prescribed on this form. Prescription medication must have the pharmacy label attached and must match the written prescriber order. "Over the counter medication" must be in the original, unopened container. All medication must be brought to school by an adult. I further understand that I will be responsible for picking up any remaining medication at the end of the school year; **medication will NOT be sent home with students.** Any medication remaining after the school year has ended will be discarded utilizing proper procedure. The school nurse may consult with the prescriber regarding this prescription. Changes to the time and/or dosage of the medication require written authorization from the licensed prescriber and parent/guardian.

This form expires at the end of the current academic school year (includes summer school).

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

DATE

****SELF-ADMINISTRATION OF ASTHMA, ANAPHYLAXIS, AND DIABETES MEDICATION ONLY****
(Complete ONLY if prescribing these medications to be carried by the student)

****TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN/PRESCRIBER****

- This student has been instructed, and is capable and responsible to self-administer this medication: Yes No
- This student may carry this medication on their person: Yes No

LICENSED PRESCRIBER SIGNATURE (REQUIRED)

DATE

TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN - AUTHORIZATION FOR SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION:

THE SCHOOL DISTRICT SHALL INCUR NO LIABILITY AS A RESULT OF ANY INJURY ARISING FROM THE SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION BY MY STUDENT/CHILD. PURSUANT TO OKLAHOMA LAW, I UNDERSTAND I AM REQUIRED TO PROVIDE THE SCHOOL WITH AN EMERGENCY SUPPLY OF THE MEDICATION(S).

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE (REQUIRED)

DATE

Health Services

405-587-0005 | www.okcps.org/healthservices

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Año Escolar: _____
Escuela: _____ Teléfono: _____
Maestra: _____ Grado: _____

****PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO O PRESCRIPTOR****

- Nombre del medicamento: _____
- Razón por la que toma el medicamento : _____
- Dosis: _____ Hora a la que se debe dar el medicamento: _____
- Duración del medicamento (semanas, meses, indefinido, etc): _____
- ¿El medicamento tiene efectos secundarios? Sí / No
Si marcó sí, especifique: _____
- Form of medication/treatment: Tableta Líquido Inhalador Inyección Nebulizador
 Otro _____
- Requisitos especiales de almacenamiento: Ninguno Refrigerar

FIRMA DEL MÉDICO O PRESCRIPTOR CON LICENCIA

NOMBRE EN IMPRENTA

FECHA

DIRECCIÓN

TELÉFONO

FAX

****PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O GUARDIÁN****

Por la presente solicito y doy mi permiso para que la escuela anteriormente mencionada administre el medicamento prescrito en este formulario. Los medicamentos recetados deben tener la etiqueta de farmacia adjunta y deben coincidir con la prescripción escrita. Los medicamentos que no necesitan prescripción deben estar en el recipiente original sin abrir. Todos los medicamentos deben ser llevados a la escuela por un adulto. Además entiendo que seré responsable de recoger cualquier medicamento restante al final del año escolar; los medicamentos NO serán enviados a casa con los estudiantes. Cualquier medicamento que quede después de que el año escolar haya terminado será descartado utilizando el procedimiento adecuado. La enfermera de la escuela puede consultar con el médico prescriptor con respecto a este medicamento. Los cambios con respecto a las horas y/o dosis de administración del medicamento requieren la autorización por escrito del médico o prescriptor con licencia y del padre/guardián.

Esta forma se vence al final del año escolar actual (incluyendo la escuela de verano).

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN

FECHA

****AUTO-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ASMA, ANAFILAXIS, Y DIÁBETES**** (Completar SOLAMENTE si se prescriben estos medicamentos para ser llevados por el estudiante)

A SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PRESCRIPTOR CON LICENCIA:

- Este estudiante ha sido instruido, y es capaz y responsable de autoadministrarse el medicamento: Sí No
- Este estudiante puede llevar consigo el medicamento: Sí No

FIRMA DEL MÉDICO O PRESCRIPTOR CON LICENCIA (REQUERIDO)

FECHA

COMPLETAR POR EL PADRE/ GUARDIÁN - AUTORIZACIÓN PARA AUTOADMINISTRARSE EL MEDICAMENTO
EL DISTRITO ESCOLAR NO SE HACE RESPONSABLE POR LESIONES QUE MI ESTUDIANTE PODRÍA TENER COMO RESULTADO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO. DE ACUERDO CON LA LEY DE OKLAHOMA, ENTIENDO QUE SE REQUIERE PROPORCIONAR A LA ESCUELA UN SUMINISTRO DE EMERGENCIA DE LA(S) MEDICINA(S).

FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN (REQUERIDO)

FECHA