NEW HANOVER COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

2029 SOUTH 17TH STREET
WILMINGTON, NC 28401-4946
TELEPHONE (910) 798-6500

PHYSICIAN'S AUTHORIZATION FOR MEDICATION AT SCHOOL
School Year 2013-2014

To be completed by Healthcare Provider and Faxed to _____(Student's Current School)

Name of Student _____ School _____ Date of Birth _____

Medication _____ Dosage _____ Route _____

Time(s) medication is to be given or how often _____

Significant Information (include side effects, toxic reactions, omission reactions)_____

_____

Contraindications for Administration

This medication is to be kept in a locked area and will be provided and transported to and from school by parent or guardian in a container properly labeled by a pharmacist with identifying information (e.g., name of child, medication dispensed, dosage prescribed, route, and the time it is to be given.)

If an emergency occurs during the school day or if the student becomes ill, school officials should call parents, my office or 911.

COMPLETE IF PRESCRIBING MEDICATION FOR ASTHMA, ANAPHYLACTIC OR DIABETIC STUDENTS

Students may possess and self-administer asthma, anaphylactic, or diabetic medication during the school day and/or school activities. Circle **Yes** or **No**

Student has been instructed, states understanding, and demonstrates skills necessary to possess and self-administer medication at school. Circle **Yes** or **No**

For those students who self-administer medication, backup medication must be kept at the school per G.S. 115c-375.2. This student has a written treatment plan.

_____ ( ) _____ _____

Healthcare Provider Signature *Telephone Number* *Date*

PARENT'S PERMISSION

I hereby give permission for my child (named above) to receive medication during school hours. This medication has been prescribed by a licensed physician. I hereby release the School Board and their agents and employees from all liability that may result from my child taking the prescribed medication.

_____ ( ) _____ _____

Parent or Guardian's Signature *Telephone Number* *Date*

Reviewed by: _____ _____

School Nurse's Signature *Date*

STUDENT ACKNOWLEDGMENT OF SELF-ADMINISTERED MEDICATION

I understand and have demonstrated to the school nurse or nurse's designee the skill level necessary to self-administer medication. I agree **not** to share medication or supplies with anyone.

_____ _____

Student's Signature *Date*

"Healthy People, Safe Environment, Strong Community"

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO
DE NEW HANOVER
2029 SOUTH 17TH STREET
WILMINGTON, NC 28401-4946
Teléfono (910)798-6681

AUTORIZACION DEL DOCTOR PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS A UN ESTUDIANTE EN LA ESCUELA Año Escolar 2013-2014

Tiene que ser completado por un Proveedor del Cuidado de la Salud y tiene que ser enviado por fax a _____(la escuela actual del estudiante)

Nombre del estudiante_____ Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Medicamento _____ Dosis _____ Modo de administración _____

Hora que se debe tomar el medicamento y cuantas veces _____

Información importante(efectos secundarios, reacción toxica)_____
_____
_____

Contraindicaciones para la administración

Este medicamento debera estar bajo llave y sera llevado y traido de la escuela por los padres o Tutor legal en un contenedor con la etiqueta apropiada de la farmacia con la información del Paciente e instrucciones (nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis y la hora que debe administrarse).

Si una emergencia ocurre durante el día escolar o si el estudiante se enferma, los encargados de la escuela necesitan llamar a los padres, a mi oficina o al 911.

COMPLETE SI ESTA RECENTANDO MEDICAMENTO PARA EL ASMA, REACCION Anafiláctica O PARA ESTUDIANTES CON DIABETES (AZUCAR)

Los estudiantes pueden poseer y administrase el medicamento para el asma, reacción anafiláctica o para la diabetes durante el día escolar y/o en actividades escolares. Circule el **Sí** o **No**

Se le dio instrucciones al estudiante, constando que comprendió lo indicado, y demostró la habilidad adecuada para poseer y administrarse los medicamentos en la escuela. Circule el **Sí** o **No**

Los estudiantes que se pueden administrar el medicamento en la escuela, deberán tener medicamento de respaldo (medicamento extra) de acuerdo a G.S. 115c-375.2. Este estudiante tiene copia del plan de tratamiento.

_____ ( ) _____ _____
Healthcare Provider Signature *Telephone Number* *Date*

PERMISO DE LOS PADRES

Yo le doy permiso a mi hijo(a) de recibir medicamento durante el día escolar. Este medicamento ha sido recetado por un doctor con su licensia apropiada. La Junta de la Escuela, sus agencies y empleados no son responsables por cualquier problema ocasionado por el uso de medicamentos recetados en la escuela.

_____ ( ) _____ _____
Padre o Tutor legal *Número de Tel.* *Fecha*

Revisado por: _____ _____
Enfermera de la Escuela *Fecha*

CONOCIMIENTO DEL ESTUDIANTE DE LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO

Yo entiendo y he demostrado a la enfermera de la escuela o a la enfermera designada los conocimientos necesarios para administrarme el medicamento. Yo estoy de acuerdo de **no** compartir el medicamento o material con nadie.

_____ _____
Firma del Estudiante *Fecha*

"Gente Saludable, Medio Ambiente Seguro, Comunidad Fuerte"