



AUTHORIZATION FOR MEDICATION

ONE MEDICATION PER FORM

SCHOOL YEAR: 20____20____

STUDENT'S

PICTURE

Student's Name _____

Date of Birth _____

Grade _____

School Name _____

Phone Number _____

Fax Number _____

TREATMENT PLAN (To be completed by Medical Provider)

Diagnosis: _____

ALLERGIES: _____

Medication/Strength/Route: _____

Dose & Frequency: _____

Directions: _____

Side Effects: _____

Has student been trained in the use _____ (medication's name) Yes No

Is student authorized to carry *and* self-administer _____ (medication's name) Yes No

I am aware that this medication may be administered by school personnel/non-medical staff.

Provider's Name (PLEASE PRINT/STAMP) _____

Signature _____

Date _____

Address _____

Phone _____

Fax _____

PARENTAL/GUARDIAN PERMISSION

I, _____, give my permission to the School Principal or his/her specified
Parent/Guardian Name (PLEASE PRINT)

delegated personnel to administer prescribed medication to: _____
(Student's name and Relationship)

Signature of Parent/Guardian _____

Phone _____

Date _____

School personnel may administer and/or dispense medication to students in compliance with the following procedures approved by the Dade County Department of Public Health:

- A. When there exists a long-term or chronic illness or disability that requires maintenance type medicine and where failure to take prescribed medication could jeopardize the student's health and when the medication schedule cannot be adjusted to provide for administration at home.
- B. When there is a written treatment plan signed by a licensed physician and a consent form signed by parent or guardian attached to the student's Cumulative School Health Record (HRS-H Form 3041) for each type of medication prescribed. This treatment plan shall explain the necessity for the prescribed medication to be provided by during the school day.
- C. All medicine shall be received and stored in original containers. When the medication is not in use, it shall be stored in its original container in a secure fashion under lock and key in a location designated by the principal.
- D. The assistance in the administration of prescribed medication to students shall be done by the school principal or his/her trained designee.
- E. School personnel will maintain and keep current a list of students receiving medication during school hours, including name of medication, dosage, side effects, purpose and usual time of administration. At the time a student receives medication, the following must be recorded: time, date, and by whom it was administered. It is suggested this information be placed on a medication log. (Sample A)
- F. Authorization forms which include the physician's treatment plan, the necessity for medication, and consent of parent or guardian for assisting students in the administration of prescribed medication by school personnel will need to be filed only one time during a school year. The parent or guardian shall advise the school authorities, in writing, when a change of medication is required. A change in medication by the directing physician during the school year will require a renewal of the authorization forms.
- G. There shall be no liability for civil damages as a result of the administration of such medication where the person administering such medication acts as an ordinarily reasonably prudent person would have acted under the same or similar circumstances.
- H. Orientation and training of district personnel assisting students in the administration of prescribed medication will be conducted, as necessary, by the Department of Health. The orientation will include medication policies and procedures, student's medical problems, the medication, its purpose, side effects, expected results and administration, the delivery, storage and proper care of medication.

FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

UN FORMULARIO POR CADA MEDICAMENTO

CURSO ESCOLAR: 20 _____ 20 _____

FOTO DEL
ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Grado _____

Nombre de la escuela _____

Teléfono _____

Número del Fax _____

PLAN DE TRATAMIENTO (Para ser llenada en su totalidad por el proveedor de salud médica)

Diagnóstico: _____

ALERGIAS: _____

Medicamento/Concentración del medicamento/Vía: _____

Dosis y frecuencia: _____

Instrucciones a seguir: _____

Efectos secundarios: _____

¿Ha sido el estudiante entrenado en su uso? _____ (nombre de la medicación) Sí No

¿Está el estudiante autorizado de llevarla consigo y auto administrarla? _____ (nombre de la medicación)
Sí No

Estoy consciente que personas del plantel escolar pero que no son personal médico pueden administrar este medicamento.

Nombre del proveedor (POR FAVOR IMPRIMIR/ESTAMPAR) _____

Firma _____

Fecha _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

PERMISO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Yo, _____, doy permiso al director de la escuela o a su designado
Nombre del Padre/Madre/Tutor (POR FAVOR IMPRIMIR)

que le administre la medicación prescrita a: _____
(Nombre del estudiante y parentesco al estudiante)

Firma del Padre/Madre/Tutor _____

Teléfono _____

Fecha _____

El personal de la escuela puede ayudar en la administración de medicamentos a los estudiantes que lo requieran y cumplir de esta manera con los procedimientos adoptados por el Departamento de Salud Pública del Condado de Dade.

- A. Cuando la enfermedad o la incapacidad es crónica o de larga duración y se requiere suministrar un medicamento; cuando el no proveer dicho medicamento puede poner en peligro la salud del estudiante y cuando las horas para administrar dicha medicina no pueden alterarse fuera de las horas escolares.
- B. Cuando existe archivado en el expediente escolar del alumno (HRS-H Form 3041) un plan médico debidamente firmado por un médico y una declaración de consentimiento escrita por los padres o tutores. Este plan debe explicar la necesidad para recibir ese medicamento durante horas escolares.
- C. Toda la medicina que se reciba debe mantenerse en su envase original. Cuando la medicina no esté siendo suministrada, deberá guardarse en su envase original, bajo llave y en un lugar seguro e indicado por el director.
- D. La administración del medicamento prescrito al estudiante se llevará a cabo por el director o por la persona designada a su efecto.
- E. El personal de la escuela debe mantener al día una lista con los nombres de los estudiantes que reciben medicamentos durante las horas escolares, el nombre de la medicina, la dosis a seguir, efectos secundarios, razón del medicamento y cuándo debe suministrarse. En el momento en que al estudiante se le da la medicina debe anotarse la hora, fecha y qué persona lo ayuda. Se sugiere que toda esta información debe registrarse en un diario de medicamentos. (Adjunto A)
- F. La documentación que comprende el plan médico, el consentimiento del padre o tutor y la autorización para suministrar la medicina debe ser archivada una sola vez durante el curso escolar. El padre o tutor le avisará por escrito a la escuela cuando sea necesario cambiar el medicamento. Un cambio del medicamento ordenado por el médico requiere una renovación de toda la documentación.
- G. No existe ninguna responsabilidad en caso de una acción legal por daños y perjuicios si la administración de dicho medicamento ha sido efectuada por una persona que ha actuado con la cordura y la prudencia que cualquier otra persona hubiese empleado en circunstancias semejantes.
- H. El entrenamiento y las sesiones de orientación al personal del distrito involucrado en ayudar a los estudiantes a recibir sus medicamentos, se efectuará cuando sea necesario, por el Departamento de Salud. Esta orientación debe incluir los procedimientos a seguir con los medicamentos, problemas de salud del estudiante, los medicamentos, objetivos y efectos secundarios, resultados y la administración, entrega, custodia y cuidado de los medicamentos.

OTORIZASYON POU BAY MEDIKAMAN
YON FÒM POU CHAK MEDIKAMAN
ANE LEKÒL: 20____20____

FOTO
ELÈV LA

Non Elèv la

Dat Nesans

Ane Eskolè

Non Lekòl

Nimewo Telefòn

Nimewo Faks

PLAN TRETMAN (pou Founisè Medikal la ranpli)

Dyagnostik: _____

ALÈJI: _____

Medikaman/Fòs/Fason pou Bay li: _____

Dòz ak Frekans: _____

Direksyon: _____

Efè Segondè: _____

Èske elèv la konnen ki jan pou itilize _____ (non medikaman an) Wi Non

Èske elèv la otorize pou l pote e bay tèt li _____ (non medikaman an) Wi Non

Mwen okouran pèsonèl lekòl la/anplwaye ki pa nan domèn medikal ka administre medikaman sa a.

Non Founisè a (SILVOUPLÈ ENPRIME/SELE)

Siyati

Dat

Adrès

Telefòn

Faks

PÈMISYON PARAN/GADYEN

Mwen, _____, bay Direktè Lekòl la oubyen pèsonèl espesifik li
Non Paran/Gadyen (SILVOUPLÈ ENPRIME)

delege, pèmisyon pou bay medikaman preskri sa a: _____
(Non elèv la e relasyon mwen ak li)

Siyati Paran/Gadyen

Telefòn

Dat

Anplwaye lekòl kab bay oubyen ede elèv yo pran medikaman selon pwosedi sa yo Depatman Sante Piblik Dade County apwouve.

- A. Lè genyen yon maladi k ap dire lontan oubyen yon maladi kwonik oubyen andomajman ki mande pou elèv la kontinye pran medikaman e lè li pa pran medikaman doktè yo preskri a sa kab lakoz sante l deteryore e lè orè pou l pran medikaman an pa ka ajiste pou l pran l lakay li.
- B. Lè genyen yon plan tretman ki egziste e yon doktè lisansye siyen l e yon paran oubyen gadyen siyen yon fòm pou bay konsantman l klase nan dosye sante (HRS-H Form 3041) lekòl la pou chak kalite medikaman ki preskri. Plan tretman sa a dwe eksplike nesesitye pou yo bay elèv la medikaman an pandan jounen lekòl la.
- C. Nou dwe pote tout remèd vini lekòl la nan boutèy yo te vann li a orijinal nan. Lè nou pap sèvi ak medikaman an nou ap konsève li nan boutèy li e plase li nan yon bifèt ak kle nan yon kote direktè a endike.
- D. Se administratè a oubyen yon anplwaye direktè a chwazi k ap ede nan bay elèv yo remèd ki preskri.
- E. Anplwaye lekòl la ap kenbe yon lis ajou sou timoun k ap pran medikaman nan lè lekòl la, lis la ap genyen non medikaman an dòz la, efè medikaman an, rezon pou medikaman an e tou lè pou yo bay elèv la medikaman an. Lè yon elèv vin pran medikaman anplwaye a dwe make sa nan dosye a: lè a, dat la, e ki moun ki te bali medikaman an. Nou sijere pou enfòmasyon sa yo klase nan lis medikasyon an.
- F. Fòm otorizasyon ki gen plan tretman doktè a, nesesitye pou medikaman an, e konsantman paran an oubyen gadyen an pou anplwaye lekòl bay pitit yo medikaman ki preskri dwe ranpli e klase l nan yon sèlwa pandan ane lekòl la. Paran oubyen gadyen an dwe avèti otorite yo nan lekòl la, a lekri, lè doktè a mande pou fè chanjman nan medikaman an. Yon chanjman doktè a fè nan medikaman an pandan ane lekòl la kab lakoz yo renouvle fòm otorizasyon an.
- G. Nou pa responsab domaj sivil kòm rezilta paske yon moun te bay timoun nan medikaman sa a, kote moun nan te bay medikaman an kòm yon responsablite dòdinè ak prekosyon li ta va pran nan nenpòt oubyen nan sikonstans parèy.
- H. Lè li nesesitye Depatman Sante ap ofri oryantasyon antrenman pou anplwaye distri a ede elèv yo nan ba yo medikaman preskri. Oryantasyon an ap kouvri règleman, pwosedi, pwoblèm medikal elèv la, medikaman an, rezon pou li, efè li, ki rezilta yo espere paske elèv la ap pran medikaman an, resevwa medikaman an, kòman pou konsève li e prekosyon pou yo pran ak medikaman an.