

Notice to Parents Regarding Medication Policy



Dear Parent/Guardian:

To protect your child's safety, the school licensed practical nurse and/or health aide (as designated by the principal) will adhere to the following medication policy. It is required that BOTH parent AND physician's signatures are on file before any prescription.

Although this may cause some inconvenience, we believe this policy is best for the continued protection of your child's safety and therefore must be followed. If we do not have your written permission and the written permission of your physician, the medication will not be given. Permission forms can be obtained by contacting your school licensed practical nurse or health aide or the school office.

For your child to receive any medication at school, please follow below medication policy:

- All Action/Care Plans will need to be submitted with a Medication Consent form.
- Administration consent form must be completed and signed by physician, parent, or legal guardian. **NO VERBAL CONSENT OR PHONE CONSENT WILL BE ACCEPTED.**
- New permission forms must be re-submitted each school year and are necessary for any changes in medication orders.
- Over the counter medications (OTC) forms are required to be filled out and signed by parent/guardian annually. No OTC medication(s) will be administered without written consent.
- I agree to notify the school if I change physicians or if the prescription is changed or discontinued.
- Prescription medication must be in the original container with the pharmacy (U.S.A. only) label. The container must have a proper label with the name of the patient, the name of the medicine, and the dosage.
- Only students with written authorization from their physician and parents are allowed to self-carry medications. This authorization shall be provided to the clinic prior to the student's ability to self-carry emergency medications.
- Medication will be kept in a secure place in the health clinic during school hours. No medication shall be held in classrooms or backpacks at any time. Any medications brought in by students or found in a student's possession will be taken to the health clinic and remain in the clinic until a parent signs the consent form or picks up medication.
- The medication and the signed permission forms must be brought to the school by the parent or guardian and delivered to the campus clinic health aide. Students are not to be sent to campus with medications.
- Wherever possible, please include a photo of your child with the permission form.
- It is the parent or guardian's responsibility to deliver the medication to the school health clinic and have the medication picked up at the end of the year. Medication not picked up by the end of the year will be discarded.
- When the medication is almost completed, please send the refill to school promptly.
- If your child is taken off medication, will no longer receive it at school, or if the prescription otherwise changes, please provide a dated, written note with updated prescription information of such changes as soon as possible. If medication is not picked up from the school office within ten (10) days, it will be properly disposed of.
- Medication that is expired or has a listed discard date will not be administered to students past indicated date.
- The first dose of any new medication shall not be administered at school due to the possibility of an allergic reaction.

Please contact the principal or his/her designee if you have any questions.
Thank you for your cooperation.

Aviso a los padres sobre la política de medicamentos



Estimado Padre / Tutor:

Para proteger la seguridad de su hijo, la enfermera practicante con licencia de la escuela y/o el asistente de salud (según lo designe el director) se adherirá a la siguiente política de medicamentos. Se requiere que AMBOS padres y las firmas del médico estén archivadas antes de cualquier receta.

Aunque esto puede causar algunos inconvenientes, creemos que esta política es la mejor para la protección continua de la seguridad de su hijo y, por lo tanto, debe seguirse. Si no tenemos su permiso por escrito y el permiso por escrito de su médico, no se administrará el medicamento. Los formularios de permiso se pueden obtener comunicándose con la enfermera práctica autorizada o el asistente de salud de su escuela o con la oficina de la escuela.

Para que su hijo reciba cualquier medicamento en la escuela, siga la siguiente política de medicamentos:

Todos los planes de acción/cuidado deberán presentarse con un formulario de consentimiento de medicamentos.

- El formulario de consentimiento de administración debe ser completado y firmado por un médico, padre o tutor legal. **NO SE ACEPTARÁ CONSENTIMIENTO VERBAL NI TELEFÓNICO.**
- Los nuevos formularios de permiso deben volver a presentarse cada año escolar y son necesarios para cualquier cambio en las órdenes de medicamentos.
- Los formularios de medicamentos de venta libre (OTC) deben ser llenados y firmados por el padre/tutor anualmente. No se administrarán medicamentos de venta libre sin el consentimiento por escrito.
- Acepto notificar a la escuela si cambio de médico o si la receta se cambia o se interrumpe.
- Los medicamentos recetados deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia (solo en EE. UU.). El envase debe tener una etiqueta adecuada con el nombre del paciente, el nombre del medicamento y la dosis.
- Solo los estudiantes con autorización por escrito de su médico y sus padres pueden llevar sus propios medicamentos. Esta autorización se proporcionará a la clínica antes de que el estudiante pueda llevar consigo los medicamentos de emergencia.
- Los medicamentos se mantendrán en un lugar seguro en la clínica de salud durante el horario escolar. No se guardarán medicamentos en las aulas o mochilas en ningún momento. Cualquier medicamento traído por los estudiantes o que se encuentre en posesión de un estudiante será llevado a la clínica de salud y permanecerá en la clínica hasta que un padre firme el formulario de consentimiento o recoja el medicamento.
- El medicamento y los formularios de permiso firmados deben ser llevados a la escuela por el padre o tutor y entregados al asistente de salud de la clínica del campus. Los estudiantes no deben ser enviados al campus con medicamentos.
- Siempre que sea posible, incluya una foto de su hijo con el formulario de autorización.
- Es responsabilidad del padre o tutor entregar el medicamento a la clínica de salud de la escuela y recoger el medicamento al final del año. Los medicamentos que no sean recogidos al final del año serán desechados.
- Cuando el medicamento esté casi terminado, envíe la recarga a la escuela de inmediato.
- Si a su hijo se le retira el medicamento, ya no lo recibirá en la escuela, o si la receta cambia de otro modo, proporcione una nota escrita con fecha con información actualizada de la receta de dichos cambios tan pronto como sea posible. Si el medicamento no se recoge en la oficina de la escuela dentro de los diez (10) días, se desechará correctamente.
- Los medicamentos que estén vencidos o que tengan una fecha de descarte indicada no se administrarán a los estudiantes después de la fecha indicada.
- La primera dosis de cualquier medicamento nuevo no se administrará en la escuela debido a la posibilidad de una reacción alérgica.

Comuníquese con el director o su designado si tiene alguna pregunta.
Gracias por su cooperación.



MEDICATION ADMINISTRATION CONSENT FORM

STUDENT INFORMATION

Student Name: _____ Date of Birth: _____
Address: _____ City/State/Zip: _____
School: _____ Grade: _____ Teacher: _____ School Year: _____
List any known drug allergies/reactions: _____ Height (inches): _____ Weight (lbs.): _____
Parent Name: _____ Phone Number: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION (To be completed by physician/licensed prescriber)

Name of Medication: _____ Reason for taking: _____
Dosage: _____ Route: _____ Time(s) and Interval to be administered: _____
Date of Authorization: _____ Begin/End Dates: _____

Special Instructions for Administration and Storage of Medication:

Is medication necessary to be given during school hours (7:30 AM to 3 PM)? Yes No

If yes, please provide recommended administration time(s): _____

Is the medication a controlled substance? Yes No Does medication require refrigeration? Yes No

Special Instructions or Storage: _____

Potential Side Effects/Contraindications/Adverse Reactions: _____

Treatment Order in the event of an adverse reaction: _____
(Attach additional sheet or use the back of this form if necessary)

Provider Name: _____ Provider Signature: _____

Phone Number: _____ Date: _____

PARENT AUTHORIZATION (To be completed by parent/guardian)

- I authorize the delegated personnel the task of assisting my child with medication administration.
- I agree to notify the school if I change physicians or if the prescription is changed or discontinued.
- Only medication prescribed and provided by the United States will be administered in school.
- Medication that is expired or has a listed discard date will not be administered to students past indicated date.
- Prescription medication must be in the original container with the pharmacy (U.S.A. only) label. The container must have a proper label with the name of the patient, the name of the medicine, and the dosage.
- Administration consent form must be completed and signed by physician, parent, or legal guardian. **NO VERBAL CONSENT OR PHONE CONSENT WILL BE ACCEPTED.**
- Medication will be kept in a secure place in the health clinic during school hours. No medication shall be held in classrooms or backpacks at any time. Any medications brought in by students or found in a student's possession will be taken to the health clinic and remain in the clinic until a parent signs the consent form or picks up medication.
- Only students with written authorization from their physician and parents are allowed to self-carry medications. This authorization shall be provided to the clinic prior to the student's ability to self-carry emergency medications.
- It is the parent or guardian's responsibility to deliver the medication to the school health clinic and have the medication picked up at the end of the year. Medication not picked up by the end of the year will be discarded.
- The first dose of any new medication shall not be administered at school due to the possibility of an allergic reaction.

Parent/Guardian Name: _____ Parent/Guardian Signature: _____

Secondary Contact Number: _____ Date: _____



MEDICATION ADMINISTRATION CONSENT FORM

STUDENT INFORMATION

Student Name: _____ Date of Birth: _____
(Nombre del Estudiante) (Fecha de Nacimiento)

Address: _____ City/State/Zip: _____
(Dirección) (Ciudad/estado/código postal)

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____ School Year: _____
(Escuela) (Grado) (Maestro/a) (Año escolar)

List any known drug allergies/reactions: _____ Height (inches): _____ Weight (lbs.): _____
(Alergia/Reacción Conocida a Medicamentos) (Altura) (Peso)

Parent Name: _____ Phone Number: _____
(Nombre del Padre) (Número de Teléfono)

PHYSICIAN AUTHORIZATION (To be completed by physician/licensed prescriber)

Name of Medication: _____ Reason for taking: _____

Dosage: _____ Route: _____ Time(s) and Interval to be administered: _____

Date of Authorization: _____ Begin/End Dates: _____

Special Instructions for Administration and Storage of Medication:

Is medication necessary to be given during school hours (7:30 AM to 3 PM)? Yes No

If yes, please provide recommended administration time(s): _____

Is the medication a controlled substance? Yes No Does medication require refrigeration? Yes No

Special Instructions or Storage: _____

Potential Side Effects/Contraindications/Adverse Reactions: _____

Treatment Order in the event of an adverse reaction: _____
(Attach additional sheet or use the back of this form if necessary)

Provider Name: _____ Provider Signature: _____

Phone Number: _____ Date: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES (Para ser completado por el padre/tutor)

- Autorizo al personal delegado la tarea de asistir a mi hijo en la administración de medicamentos.
- Acepto notificar a la escuela si cambio de médico o si la receta se cambia o se interrumpe.
- Sólo se administrarán en la escuela los medicamentos prescritos y proporcionados por los Estados Unidos.
- Los medicamentos que estén vencidos o que tengan una fecha de descarte indicada no se administrarán a los estudiantes después de la fecha indicada.
- Los medicamentos recetados deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia (solo en EE. UU.). El envase debe tener una etiqueta adecuada con el nombre del paciente, el nombre del medicamento y la dosis.
- El formulario de consentimiento de administración debe ser completado y firmado por un médico, padre o tutor legal. **NO SE ACEPTARÁ CONSENTIMIENTO VERBAL NI TELEFÓNICO.**
- Los medicamentos se mantendrán en un lugar seguro en la clínica de salud durante el horario escolar. No se guardarán medicamentos en las aulas o mochilas en ningún momento. Cualquier medicamento traído por los estudiantes o que se encuentre en posesión de un estudiante será llevado a la clínica de salud y permanecerá en la clínica hasta que un padre firme el formulario de consentimiento o recoja el medicamento.
- Solo los estudiantes con autorización por escrito de su médico y sus padres pueden llevar sus propios medicamentos. Esta autorización se proporcionará a la clínica antes de que el estudiante pueda llevar consigo los medicamentos de emergencia.
- Es responsabilidad del padre o tutor entregar el medicamento a la clínica de salud de la escuela y recoger el medicamento al final del año. Los medicamentos que no sean recogidos al final del año serán desechados.
- La primera dosis de cualquier medicamento nuevo no se administrará en la escuela debido a la posibilidad de una reacción alérgica.

Parent/Guardian Name: _____ Parent/Guardian Signature: _____
(Nombre del Padre de Familia / Guardian) (Firma del Padre / Tutor)

Secondary Contact Number: _____ Date: _____
(Número de Contacto Secundario) (Fecha)



IDEA Public Schools Health Services Medical Practitioner Orders for Medical Treatment/Procedures

Students Name: _____ **Student's ID:** _____
(Número de estudiante) *(Identificación del estudiante)*

School: _____ **DOB:** _____ **Grade:** _____
(escuela) *(Fecha de Nacimiento)* *(Grado)*

MEDICAL PRACTITIONER STATEMENT:

This student is currently under my medical supervision. He or she requires medical treatment during the school day as prescribed below. All procedures shall be followed as described until the date to discontinue as stated on this form, or until further notice. This form must be updated every school year unless discontinue date is prior to the next school year.

Diagnosis: _____

Procedure (include action, time, frequency, equipment, and special instructions) *Parent is responsible for supplying DME supplies to complete procedure:* _____

Considerations (include special instructions): _____

Daily Medications (Medication Name, Dose, Route, Frequency): _____

Date to discontinue procedure: _____ **Discontinue at end of school year**

Medical Practitioner name/Credentials (print) Medical practitioner signature Date

Address City, State, Zip

Office Phone Number Fax Number

Parental/Guardian Consent for Medical Treatment/Procedures *Consentimiento de los padres/tutores para tratamientos/procedimientos médicos*

Parent/Guardian Consent for Unlicensed Assistive Personnel to Perform Procedure

Consentimiento de los padres/tutores para que el personal de asistencia sin licencia realice el procedimiento

I **do** / **do not** (check one) authorize the District to designate unlicensed assistive personnel (UAP) who have been trained by a medical professional, including but not limited to, emergency medical personnel, a physician and/or a registered nurse to perform specialized treatment as described above to my child while in attendance at IDEA Public Schools and related events (such as field trips and athletic events), when a trained medical professional may not be available. I understand that school related health services may not be provided to my student without my required consent, as outlined herein.

If I do not agree with an unlicensed assistive person providing care, then I will assume responsibility of care

si / **no** (marque uno) autorice al Distrito a designar personal de asistencia sin licencia (UAP) que haya sido capacitado por un profesional médico, incluidos, entre otros, personal médico de emergencia, un médico y/o una enfermera registrada para realizar un tratamiento especializado como se describe anteriormente para mi hijo mientras asiste a IDEA Public Schools y eventos relacionados (como excursiones y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico capacitado. Entiendo que los servicios de salud relacionados con la escuela no se pueden proporcionar a mi estudiante sin mi consentimiento requerido, como se describe en este documento.

Si no estoy de acuerdo con que una persona de asistencia sin licencia brinde atención, entonces asumiré la responsabilidad de la atención.

Parent initials

Iniciales de los padres

Parent/Guardian Authorization for School Staff to Communicate Health Information

I authorize the District's designees, including District medical professionals and UAPs, to share/obtain my student's health related information with the medical health professional or health care provider identified above to plan, implement or clarify actions necessary in the administration of school related health services such as but not limited to: emergency care, care for any documented diagnosis, medical treatments as outlined in a student's IHP, 504 plan, IEP, or other IDEA Public Schools form(s) requesting for school health care services. By signing this Authorization, I readily acknowledge that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by designees authorized herein and the person(s) with whom they communicate, and no longer be protected by the HIPAA rules. I realize that such re-disclosure might be improper, cause me embarrassment, cause family strife, be misinterpreted by non-health care professionals, and otherwise cause me and my family various forms of injury. I hereby release any Health Care Provider that acts in reliance on this Authorization from any liability that may accrue from releasing my child's Individually Identifiable Health Information. School-related health services described in this agreement shall not be provided to a student without the required consent of the parent/guardian, as outlined herein.



Autorización de los padres/tutores para que el personal de la escuela comunique información de salud

Autorizo a las personas designadas por el Distrito, incluidos los profesionales médicos del Distrito y los UAP, a compartir/obtener información relacionada con la salud de mi estudiante con el profesional médico de la salud o el proveedor de atención médica identificado anteriormente para planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de los servicios de salud relacionados con la escuela, tales como como, pero no limitado a: atención de emergencia, atención para cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos como se describe en el IHP del estudiante, plan 504, IEP u otro formulario de IDEA Public Schools que solicite servicios de atención médica escolar. Al firmar esta Autorización, reconozco de inmediato que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de las personas designadas aquí autorizadas y la(s) persona(s) con las que se comunican, y ya no estará protegida por las reglas de HIPAA. Me doy cuenta de que dicha nueva divulgación podría ser inapropiada, causarme vergüenza, causar conflictos familiares, ser malinterpretada por profesionales que no sean de atención médica y, de lo contrario, causarme a mí y a mi familia diversas formas de lesiones. Por la presente, libero a cualquier proveedor de atención médica que actúe con base en esta autorización de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de la divulgación de la información de salud identificable individualmente de mi hijo. Los servicios de salud relacionados con la escuela descritos en este acuerdo no se proporcionarán a un estudiante sin el consentimiento requerido del padre/tutor, como se describe en este documento.

Parent initials

Iniciales de los padres

Parent/Guardian Name (print): _____

Nombre del padre/tutor (imprimir)

Phone: _____

(Numero de Telefono)

Parent/Guardian Signature: _____

Nombre del padre/tutor (firma)

Date: _____

(Fecha)