Rochester School District #401
Authorization to Administer Medication at School

RPS FAX: 360.273.2582 | GMES FAX: 360.273.8917 | RMS FAX: 360.273.2045 | RHS FAX: 360.273.2570

Este formulario debe ser completado y firmado por el padre/madre o tutor legal y por el proveedor de atención médica con licencia del estudiante, con autoridad para recetar. Este formulario es para medicamentos con receta y sin receta. Debe completarse un formulario separado para cada medicamento. Todos los medicamentos deben ser transportados hacia y desde la escuela por un adulto responsable.

Student Name: _____ Birthdate: _____

School: _____ Grade: _____

THIS PORTION TO BE COMPLETED AND SIGNED BY THE LISCENSED HEALTH CARE PROFESSIONAL IF IT IS NECESSARY TO DISPENSE MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

_____ _____
Name of Medication Dosage

_____ _____
Method of Administration Scheduled Time / Frequency of Medicine

Reason for Medication During School Hours:_____

Permission to Carry: Inhaler Yes_____ No _____ EpiPen Yes_____ No _____

I request and authorize that the above named student be administered the above identified medication in accordance with the instructions indicated above from_____ to _____. There exists a valid health reason which makes administration of the medication advisable during school hours or during such time that the student is under the supervision of school officials. Such medication may be administered by trained school personnel.

_____ _____ _____
Date Licensed Healthcare Provider Signature Name (Print / Type)

_____ _____
Phone Number Fax Number

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

Certifico que soy el padre, madre, tutor legal u otra persona con control legal del estudiante identificado anteriormente y solicito y autorizo a la escuela a administrar el medicamento al estudiante mencionado de acuerdo con la receta o las instrucciones proporcionadas por un profesional de la salud con licencia.

En el caso de un horario escolar de medio día, deseo que mi hijo/a tome su medicamento en la escuela:
Sí____ No ____

El medicamento debe ser proporcionado a la escuela en su envase original, y la autorización por escrito debe coincidir exactamente con la información que aparece en el envase.

_____ _____
Firma del padre/madre o tutor legal Fecha

_____ _____
Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

REVIEWED BY SCHOOL NURSE: _____ DATE: _____