

Parent/Guardian Authorization of Antihistamine at School

(Complete one form for each medication)

Student Name: _____ Birth Date: _____
 School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school. Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for medication administration at school
- Medication in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date)
- Medication label contains the student's first and last name
- Non-prescription/Over-the-counter medications may be available in the health room for two (2) weeks only with parent authorization. After two (2) weeks, a physician's order will be required.
- Non-prescription medication dosage must agree with manufacturer's recommendations or a physician's order will be required.
- The first dose of this medication for the current condition/illness **may not be given at school.**

Please complete the following:

Medication Name and Strength (only one medication per page)	Dosage	Time(s) to be Given at School	How it is Taken (mouth, eye, ear, nose, tube, on the skin, etc.)	Reason/ Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires:	

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: _____

When was the first dose of this medication given for this illness/condition? _____

Date and Time

1. I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed with adequate notification from me.
2. I release school personnel from liability in the event adverse reactions result from taking the medication.
3. I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
4. I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
5. I give permission for the school nurse to consult with the above student's physician regarding any questions that arise with regard to the listed medication or medical condition being treated by the medication.
6. I give permission for the medication to be given by trained school personnel as delegated by the Principal.
7. My child _____ **may/may not** carry the medication home when the school year ends.

Circle One

 Parent/Guardian Printed Name Day Phone Home Phone

 Parent/Guardian Signature Date Relationship to Student

Reviewed by RN _____	SHA _____	may/ _____	may NOT administer this medication
Date			
RN PRINTED Name: _____		RN Signature: _____	

Autorización de Padres/Custodio legal para dar antihistamínico en la escuela (Llene una forma para cada medicina)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Maestro(a): _____ Grado: _____

A la escuela deben enviarse solo las medicinas que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante, o que estén escritas en un IEP. Los servicios de salud a niños y a estudiantes del AISD, lo mismo que el AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal, para dar medicinas en la escuela
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente membretado (nombre de la medicina, con su potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la receta, con licencia de Texas; fecha actual)
- En el membrete de la medicina deben estar el nombre y el apellido del estudiante
- Sobre los contadores medicamentos sin receta, pueden permanecer en la sala de salud durante dos semanas sólo con autorización de los padres. Después de dos semanas, se requerirá la orden de un médico.
- La primera dosis de esta medicina para el mal o enfermedad actual **no puede darse en la escuela.**

Inhaladores asmáticos pueden auto-administrarse, si lo aprueba la enfermera escolar. Vea a su enfermera escolar para información adicional y para forma de petición.

Por favor completar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) para darla en la escuela	Cómo se toma (por la boca, los ojos, los oídos, la nariz, por tubo, en la piel, etc.)	Razón/ Padecimiento médico por el que se da la medicación	Fecha de caducidad de medicamentos:	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de la medicina: _____ Fecha para terminar la medicina: _____

¿Cuándo se dio la primera dosis de esta medicina para esta enfermedad / padecimiento? _____
Fecha y hora

1. Pido que la medicina antes dicha se dé en horas de escuela, como lo receta el médico de este estudiante. Pido también que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita; yo daré el aviso oportuno.
2. Libero de responsabilidad al personal de la escuela, si resultan reacciones adversas de tomar la medicina.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicina (cambio en la dosis, en horario, etc.).
4. Doy permiso de que la enfermera de la escuela se comunique con maestros(as) del estudiante sobre su estado de salud y la acción(es) de la medicina.
5. Doy permiso de que la enfermera de la escuela consulte al médico del estudiante sobre cualquier duda que se presente con respecto a la medicina mencionada o al padecimiento médico tratado por la medicina.
6. Doy permiso de que personal escolar capacitado administre la medicina, según lo delegue el Director(a).
7. Mi hijo(a) _____ **puede/no puede** llevar la medicina a la casa al acabar el año escolar.
Encierre en un círculo una de estas 2 cosas

Nombre de padres / custodio legal, en letra de molde

Teléfono de día

Teléfono de la casa

Firma de padres/custodio legal

Fecha

Relación con el estudiante

Revisado por RN _____ SHA _____ puede/ _____ NO puede administrar esta medicina
Date

Nombre de RN en LETRA DE MOLDE: _____ Firma de RN: _____