

School: _____

Teacher: _____

Grade: _____

Medication Administration Permission Form

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Student ID#: _____

Medication and food allergies: _____

Other medications taken at home: _____

 Today's Date: _____ This medication form is valid for the current school year: 20 20 - 20

Students in grades PreK-12 **ARE NOT ALLOWED** to carry any medication, prescribed or over the counter, or to self-administer the medication unless ordered by a U.S licensed medical practitioner for diabetes, asthma and anaphylaxis. **By law the only medications with a medical order/permission that may be carried by a student is an asthma inhaler, EpiPen, and/or insulin/diabetes.**

Austin ISD Health Services and Nursing require the following:

- **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. The first dose of a medication may not be given at school.**
- A U.S. medical practitioner's written order/parent or guardian consent dated for the **CURRENT** school year and signed by the parent, legal guardian or other person(s) having legal authority of the student **AND** the medical practitioners who are licensed to practice medicine in the United States/State of Texas.
- Medication must be in the original, properly labeled container from a registered pharmacist (name of the student, name of the medicine with strength, dosage and directions; route to be given, name of prescribing medical provider who is licensed in Texas, and current date).
- Non-prescription and over-the-counter medications require the above (AISD Student Handbook, FFAC local).

MEDICATION ADMINISTRATION INSTRUCTIONS

Medication Name and Strength	Dosage	Time(s) to Give Medication at School	How Medication is Taken (by mouth, eye, ear nose, tube, inhaler, with a topical cream or injection)	Condition for which Medication is Given	ICD10	Stop Date

Special medication instructions: _____

All unclaimed medication not picked up will be disposed of on the last day of school as required by law.

- I request authorized Austin ISD to administer the medication(s) listed on this form to my child during school hours to include field trips according to medication label and/or medical provider instructions. **Any changes in medication and/or dosage require a new medical provider order and signature.**
- I release school staff from liability in the event of ill effects that may occur with administration of a medication.
- I agree to abide by federal and state law and Austin ISD guidelines for medications in the school setting.
- I understand that the school nurse may designate trained Austin ISD staff to administer medication(s).

SIGN HERE

Parent/guardian signature

Parent/guardian name (print)

Date

- ☐ **YES** ☐ **NO** - I have instructed this student and give my permission for the self- carry of their emergency asthma and/or anaphylactic allergy medication. Check applicable: ☐ Inhaler ☐ EpiPen ☐ Diabetes medication/insulin

SIGN HERE

Medical provider signature

Medical provider name (print or stamp)

Date

Reviewed by:

RN Printed Name

RN Signature

Date

Campus Health Room Assistant _____ may / _____ may NOT administer this medication

Formulario de autorización para la administración de medicamentos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de identificación del estudiante: _____

Medicamento y alergias a comidas: _____

Otros medicamentos que se toman en casa: _____

Fecha de hoy: Esta formulario de medicamentos es válido para el ciclo escolar actual: 20 ____ -20

Los estudiantes en los grados PreK-12 **NO TIENEN PERMITIDO** tener en su posesión medicamentos con o sin receta, o autoadministrarse el medicamento a menos que lo ordene un proveedor con licencia para ejercer en EEUU para la diabetes, el asma y la anafilaxis. De acuerdo con la ley, el único medicamento que puede traer consigo un estudiante con una orden médica o permiso de los padres de familia es un inhalador para el asma, EpiPen e insulina o medicina y suministros para la diabetes.

Servicios de Salud y Enfermería del Austin ISD requiere lo siguiente:

- **Deberán enviarse a la escuela solo los medicamentos que sean médicamente necesarios durante el horario escolar para la asistencia del estudiante o que estén por escrito en un IEP. La primera dosis de cualquier medicamento NO podrá administrarse en la escuela.**
- Una orden por escrito de un proveedor de Estados Unidos, un consentimiento de un padre de familia o tutor legal fechado para el ciclo escolar **ACTUAL** y firmado por el padre de familia, tutor legal u otras personas que tengan autoridad legal sobre el estudiante Y los proveedores que tengan licencia para la práctica médica en los Estados Unidos y el Estado de Texas.
- Los medicamentos deben estar en su recipiente original, etiquetado apropiadamente por un farmacéutico autorizado (nombre del estudiante, nombre del medicamento con la potencia, dosis e instrucciones: vía por la que será administrado, nombre del proveedor con certificación de Texas que lo prescribe y la fecha actual).
- Los medicamentos sin receta o de venta libre requieren lo anterior (Manual del Estudiante del AISD, FFAC local).

INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre y potencia del medicamento	Dosis	Horario para administrarlo en la escuela	Cómo se toma (por boca, ojos, oídos, nariz, tubo, inhalador, con una crema tópica o inyección)	Afección por la cual se da el medicamento	ICD10	Fecha de Finalización

Instrucciones especiales para medicamentos _____

Todos los medicamentos que no se recojan se desecharán el último día de clases según lo requiere la ley.

- Solicito autorización para que el Austin ISD le administre a mi niño los medicamentos enumerados en este formulario durante el horario escolar, incluyendo las excursiones, de acuerdo con la etiqueta del medicamento y/o las instrucciones del médico. **Cualquier cambio de medicamento y/o dosis requiere un nuevo orden y firma del proveedor.**
- Libero al personal escolar de responsabilidad en caso de efectos nocivos que puedan ocurrir con la administración de un medicamento.
- Estoy de acuerdo en cumplir con las leyes federales y estatales y con las pautas del Austin ISD relacionadas con medicamentos en el entorno escolar.
- Entiendo que el enfermero escolar puede designar a personal capacitado del Austin ISD para que administre los medicamentos.

SIGN HERE

Nombre del Padre/Tutor (imprime) _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

☐ **SI** ☐ **No** - He instruido a este estudiante y doy mi permiso para llevar consigo su medicamento de emergencia para el asma y/o la alergia anafiláctica. Marque aplicable: ☐ Inhalador ☐ EpiPen ☐ Medicamentos para Diabetes/insulina

SIGN HERE

Nombre del proveedor _____

Firma del proveedor _____

Fecha _____

Revisado por: _____

Nombre del Enfermera escolar _____

Firma del Enfermera escolar _____

Fecha _____

Asistente de salud _____ si puede / **NO** se puede administrar este medicamento