

Medication Administration Authorization Form

Student Name: _____ DOB: _____ Date: _____
 School/ISD: _____ Grade: _____ Teacher: _____

Routine and PRN Medications

Medication Name	Medication Dose	Medication Administration Time at School	Medication Route	Beginning and Ending Date
				/
				/
				/

Epi-Pen Self Administration Authorization - to be completed by Health Care Provider

The above student needs to carry a prescription Epi- Pen with him/her. This student has been instructed in the proper use of the Epi-Pen and fully understands how to administer this medication. **This student is/ is not (circle one) capable of administering their own medication, both on school grounds and at school related activities:** Any changes to this medication, dosage or recommended regimen will be accompanied by an updated medication administration authorization form.

Will the student keep a backup Epi-Pen in the clinic? **Yes** ____ **NO** ____.

Inhaler Self-Administration Authorization - to be completed by Health Care Provider

The above student needs to carry a prescription inhaler with him/her. This student has been instructed in the proper use of the inhaler and fully understands how to administer this medication. **This student is/ is not (circle one) capable of administering their own medication, both on school grounds and at school related activities.** Any changes to this medication, dosage or recommended regimen will be accompanied by an updated medication administration authorization form.

Will the student keep a backup Inhaler in the clinic? **Yes** ____ **No** ____.

Physician/N.P. Name: _____ **Phone Number:** _____
Physician/N.P. Signature: _____ **Date:** _____

I give permission as the parent/guardian of the above student to receive the above mentioned medication(s) at school according to school policy.

Parent/Guardian: _____ **Date:** _____
Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Work Phone:** _____

Formulario de autorización de administración de medicamentos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Fecha: _____ Escuela / ISD: _____ Grado: ____ Maestro: _____

Medicamentos de rutina y PRN

Nombre de Medicamento	Dosis de Medicamento	Horario de administración de medicamentos en la escuela	Via de Medicamento	Fecha de Inicio y Final
				/
				/
				/

Autorización de administración de Epi-Pen: debe completarla el proveedor de atención médica.

El estudiante mencionado debe llevar consigo un Epi-Pen recetado. Este estudiante ha sido instruido en el uso apropiado del Epi-Pen y entiende completamente cómo administrar este medicamento. **Este estudiante es / no es (marque uno) capaz de administrarse su propio medicamento, tanto en los terrenos de la escuela como en las actividades relacionadas con la escuela:** Cualquier cambio a este medicamento, dosis o régimen recomendado irá acompañado de un formulario de autorización de administración de medicamentos actualizado.

¿El estudiante tendrá un Epi-Pen de respaldo en la clínica? **Sí** _____ **No** _____.

Autorización de administración del Inhalador: debe ser completada por el proveedor de atención médica.

El estudiante mencionado debe llevar consigo un inhalador recetado. Este estudiante ha sido instruido en el uso apropiado del inhalador y entiende completamente cómo administrar este medicamento. **Este estudiante es / no es (marque uno) capaz de administrarse su propio medicamento, tanto en los terrenos de la escuela como en las actividades relacionadas con la escuela.** Cualquier cambio a este medicamento, dosis o régimen recomendado irá acompañado de un formulario de autorización de administración de medicamentos actualizado.

¿El estudiante mantendrá un inhalador de respaldo en la clínica? **Sí** _____ **No** _____.

Médico / N.P. Nombre: _____ **Número de teléfono:** _____
Médico / N.P. Firma: _____ **Fecha:** _____

Doy permiso como padre / tutor del estudiante mencionado para recibir los medicamentos mencionados en la escuela de acuerdo con la política de la escuela.

Padre / tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre / tutor: _____ **Fecha:** _____

Teléfono de casa: _____ **Teléfono celular:** _____ **Teléfono de trabajo:** _____
