

HEALTH SERVICES – BELVIDERE COMMUNITY SCHOOLS
Authorization for the Administration of Medication

Name of Student _____ Date of Birth _____
Address _____ Telephone _____
_____ Grade _____
School _____

PHYSICIAN'S STATEMENT

I hereby request that the above named student take the following
medication, as it is medically necessary during school hours.

Name of Medication _____
Dosage/route _____
Time/Frequency of administration _____
Duration (week, month, etc.) _____
Diagnosis Requiring Medication _____
Possible Side Effects _____
Other Medication Student is receiving _____

I have instructed the above named student in the use and administration of this medication. He/
she understands the necessity to report any unusual side effects.

PHYSICIAN SIGNATURE: _____ Date _____
Printed name _____ Phone _____

PARENT REQUEST/APPROVAL

I hereby request the school nurse administer or certified school personnel supervise the self-administration of the above-prescribed medication to my child. I indemnify and hold harmless the school district and its' employees and agents against any claims, except a claim based on willful and wanton conduct, arising out of the self-administration by the pupil.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

FOR PARENT(S)/GUARDIAN(S) OF STUDENTS WITH ASTHMA/LIFE THREATENING ALLERGY

I authorize the School District and its employees and agents, to allow my child or ward to possess and use his/her asthma medication/EPI Pen (1) while in school, (2) while at a school-sponsored activity, (3) while under the supervision of school personnel, or (4) before or after normal school activities. "I take full responsibility for the appropriate use of the medication by the student named above. I understand that distribution to any other student will result in suspension and possible expulsion of my child or ward."

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

HIGH SCHOOL ONLY (grades 9-12)

With a written doctor order and parent permission on file in the nurse's office, students may carry their own non-prescription medication and self administer without going to the nurse's office if the parent signs the following statement. Students requiring pain medication routinely should consult their parent, physician or school nurse. "I take full responsibility for the appropriate use of the medication by the student named above and I want my student to carry the medication with him/her. I understand that distribution to any other student will result in suspension and possible expulsion of my child or ward."

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

**1201 FIFTH AVENUE
BELVIDERE, IL 61008**

BELVIDERE HEALTH SERVICES

TO: PARENT / GUARDIAN
FROM: SCHOOL NURSE
RE: MEDICATION POLICY

Our school medication policy follows the recommended guidelines from the Illinois Department of Public Health and Illinois State Board of Education. It states that the administration of medication to students during regular school hours and during school related activities should be discouraged unless absolutely necessary for the critical health and well-being of the student. **This includes both PRESCRIPTION AND ANY OVER-THE-COUNTER (OTC) medication.**

However, under certain conditions, it may be necessary for the student to take prescribed or over-the-counter medication during school time. All medications, including non-prescription drugs, given in school shall be prescribed by a licensed prescriber on an individual basis as determined by the student's health status. This excludes standing orders. The only exception would be throat lozenges or cough drops (not candy or liquids) may be sent to school if a parent provides them and writes a note requesting their child be allowed to use them during school. All notes are to be checked by the nurse. The elementary teachers will keep the cough drops on their desk with the note. Middle and high school students may carry them with their note.

A written order for prescription and non-prescription medications must be obtained from the student's licensed prescriber (defined as a physician licensed to practice medicine in all its branches, a physician assistant who has been delegated the authority to prescribe medications by his or her supervising physician, or an advanced practice nurse who has a written collaborative agreement with a collaborating physician). In the case of self-administration and self-carry of asthma medication the parents or guardians of the pupil must provide to the school with the prescription label, which must contain the name of the asthma medication, the prescribed dosage, and time at which or circumstances under which the asthma medication is to be administered. Medication must be brought to school by a responsible adult and must be in the original container or package including all prescription or OTC information. In addition to the prescriber's order, a written request shall be obtained from the parent/guardian requesting the medication be given during school hours. It is the parent/guardian's responsibility to assure that the licensed prescriber, written order, written parent request, and medication are brought to school.

All prescription medication sent to school must be properly labeled with name of student, prescription number, doctor's name, name of medication, administration route and/or other directions, date and refill, pharmacy name, address, and phone number, and name or initials of the pharmacist. All over-the-counter medication must be in the original container or package.

All prescriptions for long term medications are **renewed at least yearly**. A new written doctor order must accompany any dosage changes in a student's present medication order.

On the reverse side of this page there are proper permission sections for both parent/guardian and physician to complete. Please return the completed form to school with the medication.

07/22

SERVICIOS DE SALUD – ESCUELAS DE LA COMUNIDAD DE BELVIDERE
Autorización para la Administración de Medicamentos

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ Teléfono _____
Escuela _____ Grado _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Por la presente solicito que el estudiante antes mencionado tome el siguiente medicamento, ya que es médicamente necesario durante el horario escolar.

Nombre del Medicamento _____
Dosis/vía de administración _____
Hora/Frecuencia de administración _____
Duración (semana, meses, etc.) _____
Diagnóstico que Requiere Medicamento _____
Posibles Efectos Secundarios _____
Otros Medicamentos Usados por el Estudiante _____

He instruido al estudiante antes mencionado en el uso y la administración de este medicamento. Él/ella entiende la necesidad de informar sobre cualquier efecto secundario inusual.

FIRMA DEL MÉDICO: _____ Fecha _____
Nombre (en letra de molde) _____ Teléfono _____

SOLICITUD/AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Por la presente solicito que la enfermera de la escuela administre o el personal escolar certificado supervise la auto-administración del medicamento recetado antes mencionado a mi hijo. Indemnizo y eximo de responsabilidad al distrito escolar y a sus empleados y funcionarios contra cualquier reclamación, excepto una reclamación basada en una conducta intencional y deliberada, que surja de la auto-administración por parte del estudiante.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

A LOS PADRES/TUTORES DE ESTUDIANTES CON ASMA/ALERGIAS QUE PONE EN RIESGO LA VIDA

Autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y funcionarios, a permitir que mi hijo o tutelado posea y utilice su medicamento para el asma/EPI Pen (1) mientras esté en la escuela, (2) mientras esté en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras esté bajo la supervisión del personal escolar, o (4) antes o después de las actividades escolares normales. "Asumo toda la responsabilidad por el uso apropiado del medicamento por parte del estudiante antes mencionado. Entiendo que la distribución a cualquier otro estudiante dará lugar a la suspensión y posible expulsión de mi hijo o tutelado"

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

SOLO ESCUELA PREPARATORIA (HIGH SCHOOL) (grados 9-12)

Con una orden escrita del médico y el permiso de los padres archivado en la oficina de la enfermera, los estudiantes pueden llevar su propio medicamento sin receta y autoadministrarse sin ir a la oficina de la enfermera si los padres firman la siguiente declaración. Los estudiantes que necesiten medicamentos para el dolor de forma rutinaria deben consultar a sus padres, a su médico o a la enfermera de la escuela. "Asumo toda la responsabilidad del uso adecuado del medicamento por parte del estudiante antes mencionado y quiero que mi estudiante lleve consigo el medicamento. Entiendo que la distribución a cualquier otro estudiante dará lugar a la suspensión y posible expulsión de mi hijo o tutelado"

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

07/22

ESCUELAS DE LA COMUNIDAD DE BELVIDERE
1201 FIFTH AVENUE
BELVIDERE, IL 61008

SERVICIOS DE SALUD DE BELVIDERE

A: PADRE / TUTOR DE
DE: LA ENFERMERA DE LA ESCUELA
RE: POLÍTICA SOBRE LOS MEDICAMENTOS

Nuestra política de medicamentos en la escuela sigue las directrices recomendadas por el Departamento de Salud Pública de Illinois y la Junta de Educación del Estado de Illinois. Establece que la administración de medicamentos a los estudiantes durante el horario escolar regular y durante las actividades relacionadas con la escuela debe desalentarse a menos que sea absolutamente necesario para la salud y el bienestar crítico del estudiante. **Esto incluye tanto los MEDICAMENTOS CON RECETA COMO LOS QUE SE VENDEN SIN RECETA (OTC).**

Sin embargo, bajo ciertas condiciones, puede ser necesario que el estudiante tome medicamentos recetados o sin receta durante el horario escolar. Todos los medicamentos, incluidos los no recetados, que se administren en la escuela deberán ser recetados por un profesional autorizado para ello, según lo exige el estado de salud del estudiante. Esto excluye las órdenes permanentes. La única excepción serían las pastillas para la garganta o para la tos (no caramelos ni líquidos) pueden enviarse a la escuela si un padre las proporciona y escribe una nota solicitando que se permita a su hijo usarlas durante la escuela. Todas las notas deben ser revisadas por la enfermera. Los maestros de primaria guardarán las pastillas para la tos en su escritorio con la nota. Los estudiantes de secundaria(middle) y preparatoria (high school) pueden llevarlas con la nota.

Debe obtenerse una orden por escrito para los medicamentos recetados y no recetados del profesional autorizado del estudiante (definido como un médico autorizado para ejercer la medicina en todas sus ramas, un asistente médico al que su médico supervisor le haya delegado la autoridad para recetar medicamentos, o una enfermera de práctica avanzada que tenga un acuerdo de colaboración por escrito con un médico colaborador). En el caso de la autoadministración y el transporte por cuenta propia del medicamento para el asma, los padres o tutores del alumno deben proporcionar a la escuela la etiqueta de la receta, que debe contener el nombre del medicamento para el asma, la dosis prescrita y el momento o las circunstancias en que debe administrarse el medicamento para el asma. El medicamento debe ser traído a la escuela por un adulto responsable y debe estar en el envase o paquete original, incluyendo toda la información de la receta o del medicamento sin receta. Además de la orden del profesional, deberá obtenerse una solicitud por escrito del padre/tutor en la que se solicite la administración del medicamento durante el horario escolar. Es responsabilidad del padre/tutor asegurarse de que el profesional autorizado, la orden por escrito, la solicitud escrita de los padres y el medicamento sean llevados a la escuela.

Todos los medicamentos recetados que se envíen a la escuela deben estar debidamente etiquetados con el nombre del alumno, el número de la receta, el nombre del médico, el nombre del medicamento, la vía de administración y/u otras instrucciones, la fecha y resurtido, el nombre, la dirección y el número de teléfono de la farmacia y el nombre o las iniciales del farmacéutico. Todos los medicamentos de venta libre deben estar en el envase o paquete original.

Todas las recetas de medicamentos de larga duración se renuevan al menos **una vez al año**. Cualquier cambio de dosis del medicamento actual del estudiante debe ir acompañado de una nueva orden médica por escrito.

Al reverso de esta página hay secciones de otorgación de permisos para que los padres/tutores y el médico los completen. Por favor, devuelva el formulario completado a la escuela con el medicamento.