



Medication Orders/Authorization/Consent

Student's Name: _____ DOB: _____ Student

ID# _____ Grade: _____ Condition for which medication is given, side effects for child, special instructions, pertinent information:

Allergies: _____

MEDICATION	DOSE/ ROUTE	START DATE	END DATE	FREQUENCY/ TIME TO BE GIVEN	1 ST DOSE NEW MEDICATION?	*MAY GIVE A.M. DOSE
					Yes No	
					Yes No	
					Yes No	
					Yes No	
					Yes No	

***Parent initial box above to indicate: Student may take morning (A.M.) dose of medication, if forgotten at home, with telephone permission from parent.**

·Physician signature is **required** for medication samples and nonprescription medications

·Herbal substances, dietary supplements, homeopathic or alternative medications lack safety information which limits their appropriate use at school. These medications will not be administered unless it has been determined educationally necessary as part of a student's IEP or §504 plan.

_____ (parent initials) **Changes in medication or dosage require a new physician signature/order. Any new or additional medication requests require a new form to be completed.**

_____ (parent initials) **Unused, discontinued or expired medication must be picked up by the parent. Medications not picked up will be disposed of at the end of the school year or within 5 days after discontinued.**

I request and authorize Crandall ISD to administer the above medication(s). I understand that the school administrator may designate any qualified employee to administer this medication. I acknowledge that I understand the Student Handbook Medication Procedures. I authorize the school licensed nurse and prescribing healthcare provider to confidentially discuss or clarify this medication order, and to discuss the student's response to the medication as required by law (Nurse Practice and Medical Practice Acts of Texas).

(Parent/Guardian Signature)

(Print Name)

(Date)

(Phone)

PHYSICIAN/HEALTHCARE PROVIDER

Sample medication, over-the-counter medication, or instructions differing from the medication prescription label require a separate physician's order or physician's signature below.

(Physician Signature)

(Print Name)

(Date)

(Phone)

Request valid for one school year



Instrucciones de la medicina/autorización/consentimiento

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de ID estudiantil: _____ Grado: _____

La enfermedad por la que se le da la medicina, los efectos secundarios que le cause al niño, las instrucciones especiales, información pertinente: _____

Alergias: _____

MEDICINA	DOSIS/ VIA	FECHA DE INICIO	FECHA EN QUE TERMINA	FRECUENCIA/ HORA DE SUMINISTRACIÓN	¿PRIMERA DOSIS DE UNA MEDICINA NUEVA?	*PUEDE SUMINISTRAR LA DOSIS DE LA MAÑANA
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	

***Poner sus iniciales en la casetilla de arriba para indicar que: El estudiante puede tomar la dosis de la medicina de la mañana, si se olvidó dársela en casa, con el permiso telefónico del padre de familia.**

·Se **requiere** la firma del médico para las muestras de las medicinas y para, las medicinas que se compran sin receta médica

·Las sustancias herbales, los suplementos alimenticios, las medicinas homeopáticas o alternativas no han sido evaluados por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (US Food and Drug Administration) para asegurar su seguridad o eficacia. La falta de la información de la seguridad limita su uso apropiado en la escuela. Estas medicinas no serán suministradas a menos que se haya determinado que es educacionalmente necesario como parte del plan de educación individual del estudiante o el plan de la Sección 504.

Iniciales del padre de familia

_____ Cualquier cambio de medicina o dosis requiere que el médico vuelva a una receta nueva. Cualquier solicitud de alguna medicina nueva o adicional requiere que se llene un formulario nuevo.

_____ El padre de familia deberá recoger las medicinas sin usar al final del año escolar o dentro de un período de 5 días después de ser discontinuadas. Las medicinas que no sean recogidas serán desechadas.

Solicito y autorizo al Distrito Escolar Independiente de Crandall para que suministre la(s) medicina(s) anteriores tal y como han sido recetadas. Entiendo que el administrador escolar podría designar a cualquier empleado calificado para que suministre esta medicina.

Afirmo que entiendo los procedimientos de las medicinas del Manual Estudiantil. Autorizo a la enfermera titulada de la escuela y al médico que recetó la receta para que hablen confidencialmente o para que clarifiquen esta receta médica, y para que hablen acerca de la reacción del estudiante a la medicina recetada tal y como lo requiere la ley. (las Leyes de Texas para la práctica de las enfermeras y para la práctica de los médicos).

(Firma del padre de familia/Representante legal)

(Nombre en letra de imprenta)

(Fecha)

(Teléfono)

MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD

Medicamentos de muestra, medicamentos de venta libre o instrucciones diferentes a las recetadas del medicamento. La etiqueta requiere una orden médica por separado o la firma del médico a continuación.

(Firma del médico)

(Nombre en letra de imprenta)

(Fecha)

(Teléfono)

Student's Name: _____ **DOB:** _____ **Student ID#** _____

[illegible]

