Grand Prairie Independent School District

Physician Medication Order Form

School personnel may administer medication when such treatment is necessary for school attendance. This completed form along with the medication and/or special equipment items are to be brought to the school by the parent.

Prescribed medication may be administered by a school nurse or by a trained designee. The initial dose must be administered at home so the child can be observed for side effects. Three times a day medication should be given at home before school, after school and at bedtime, unless otherwise directed by a healthcare provider.

- **Prescription and non-prescription medication will only be given with a written order from a licensed healthcare provider and parent/guardian.**
- **PRESCRIPTION:** One week's supply of medication must be brought to school in the original**, properly labeled container**. (The pharmacy can supply two (2) labeled bottles for this purpose.)
- **NON-PRESCRIPTION:** Must be in the original and **UNOPENED** package. (Travel size is optimal)
- The **LABEL** on the medication **MUST MATCH** the orders on this **MEDICATION ADMINISTRATION FORM.**
- All medication must be kept in the clinic, with the exception of emergency medications ordered for self-carry. (See Self-Administration of Emergency Medication form)
- All medication should be brought to the clinic before school.

Physician Request for Administration of Medication

Name of Student: _____ DOB: _____ Date: _____

School: _____ Grade/Teacher: _____ Start Date: _____ End Date: End of School Year

Medication	Dosage/Route	Frequency/Time (s)	Indication for Use

Prescriber Name (print) _____ Prescriber Phone_____

Prescriber Signature _____ Date_____

My signature below indicates that I request GPISD staff to administer the above medication to my child and I am giving permission for GPISD staff to contact the physician for additional information, if needed.

An adult must pick up unused medication by the last day of school or it will be destroyed.

Parent /Guardian Signature_____Email_____

(_____)_____-_____ (_____)_____-_____

Parent's Daytime Phone Cell Phone

Distrito Escolar Independiente de Grand Prairie
Formulario de Pedido de Medicamentos del Médico

El personal escolar puede suministrar medicamentos cuando el tratamiento sea necesario para asistir a la escuela. Esta forma completa junto con el medicamento y/o el equipo especial debe traerse a la escuela por el padre de familia.

El medicamento prescrito puede ser administrado por la enfermera escolar o personal designado y capacitado. **La dosis inicial debe ser administrada en casa para observar al niño por si hay efectos secundarios.** Cualquier medicamento que sea recetado se administre 3 veces al día debe suministrarse en casa antes de ir a la escuela, después de clases y antes de acostarse; a no ser que el médico o proveedor de salud haya recomendado otras instrucciones.

- **LOS MEDICAMENTOS CON RECETA Y SIN RECETA SÓLO SE ADMINISTRARÁN SOLO SI SE CUENTA CON UNA SOLICITUD ESPECÍFICA POR ESCRITO DE UN PROVEEDOR DE SALUD CON LICENCIA Y DEL PADRE/TUTOR.**
- **PRESCRIPCIÓN**: Se debe llevar a la escuela suficiente medicamento para una semana en **su envase original y etiquetado apropiadamente**. (La farmacia puede proveer dos (2) botellas etiquetadas para este propósito.)
- **MEDICAMENTO QUE NO REQUIERE RECETA MEDICA**: Debe estar en el empaque original y SIN ABRIR. (El tamaño de viaje es óptimo)
- La **ETIQUETA** en el envase **DEBE COINCIDIR** con las indicaciones del **FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO**.
- Todos los medicamentos deben permanecer en la clínica escolar, con la excepción de medicamentos para emergencias y con instrucciones de llevarlos consigo. (Vea la forma de autoadministración de medicamentos de emergencias.)
- Todos los medicamentos deben ser traídos a la clínica escolar antes de clases.

Solicitud del Médico para la Adminstracion de Medicamento por Personal Escolar

Estudiante_____ Fecha de Nac. _____ Fecha_____

Escuela _____ Grado/Maestro _____ Fecha de inicio _____ fin de año escolar

Medicamento	Dosis/Forma	Frecuencia/Hora(s)	Indicación de uso

El que prescribe la receta_____ Teléfono _____
(Letra de molde)
Firma del que prescribe la receta _____ Fecha_____

Con mi firma aquí abajo indico que solicito que personal de GPISD suministre el medicamento arriba mencionado a mi hijo y doy mi permiso para que GPISD hable con el médico para más información, si es necesario.

Un adulto debe recoger el medicamento no usado para el último día de clases o será destruido.

Firma del Padre/Tutor_____Email_____

(_____) _____-_____ (_____)_____-_____
Teléfono durante el día Teléfono celular