

Thornton Fractional Township High School District 215

Medication Order Form / Formulario de orden de medicamentos

Requirements

- **All Medications must be presented to the School Nurse in the original container, including the student's name and medication administration instructions.**
- **All Administered Medications must be accompanied by:**
 - A written Licensed Health Care Provider's Order
 - A written and signed parent/guardian permission statement to administer the medication.
- **Self-administered/carried medications such as inhalers or EpiPens must include:**
 - A written Licensed Health Care Provider's Order including a self-administration and carry order.
 - A written, signed parent/guardian permission statement for self-administration and carry.
- **All Self-Administered, nonprescription medications must be accompanied by:**
 - A written, signed parent/guardian permission statement to self-administer under supervision.
- **Self-administered/nonprescription medication doses cannot exceed the recommended dose.**
- **All Medication Orders and Parental/Guardian Permission Orders must be renewed at the start of each school year and with any changes to current medications.**

Requisitos

- **Todos los medicamentos deben presentarse a la enfermera de la escuela en el envase original, incluido el nombre del estudiante y las instrucciones de administración de medicamentos.**
- **Todos los medicamentos administrados deben ir acompañados de:**
 - Una Orden escrita de un proveedor de atención médica con licencia.
 - Una declaración de permiso escrita y firmada por el padre/tutor para administrar el medicamento.
- **Los medicamentos autoadministrados y que se llevan consigo, como inhaladores o EpiPens, deben incluir:**
 - Una Orden escrita de un proveedor de atención médica con licencia que incluye una orden de autoadministración y portación.
 - Una declaración de permiso escrita y firmada por el padre/tutor para la autoadministración y el porte.
- **Todos los medicamentos autoadministrados y no recetados deben ir acompañados de:**
 - Una declaración de permiso escrita y firmada por el padre/tutor para autoadministrarse bajo supervisión.
- **Las dosis de medicamentos autoadministrados/no recetados no pueden exceder la dosis recomendada.**
- **Todas las Órdenes de Medicamentos y las Órdenes de Permiso de los Padres/Tutores deben renovarse al comienzo de cada año escolar y con los cambios en los medicamentos actuales.**

Thornton Fractional Township District 215- Medication Order / Orden de medicamentos

Student's Name / Nombre del estudiante _____

ID Number / Número de identificación _____ **Date of Birth/ Fecha de nacimiento** _____

Health Concern(s) / Problema(s) de salud: _____

Allergies / Alergias: _____

Health Care Provider's Medication Order / Orden de medicamentos del proveedor de atención médica

Medication: _____ **Frequency/Time of Administration:** _____

Dosage: _____ **Route of Administration:** _____ **Discontinue date:** _____

Possible Side Effects: _____

Special Instructions: _____

If medication is a multi-dose inhaler, EpiPen, or similar medication, should it be self-administered and carried by the student? Yes ___ No ___ **Comments:** _____

Healthcare Provider's name and contact information (Please Print): _____

Signature: _____ **Date:** _____

Non-Prescription Medication for Self-administration with supervision. / Medicamentos sin receta para autoadministración con supervisión.

Medication/Medicación: _____

Dosage/ Dosificación _____ **Route (circle): Oral Topical / Ruta (círculo): Oral Tópico**

Frequency or Time of Administration/Frecuencia u hora de administración _____

Date to Discontinue / Fecha de discontinuación _____

Parent/Guardian's Permission for Student's Medication Permiso del Padre/madre/ Tutor para la Medicación del Estudiante

I _____, the parent/guardian of _____ give my permission for the listed medication(s) to be administered or self-administered as indicated on this form.

Parent/Guardian's Name: _____ **Signature:** _____

Date: _____ **Phone Number (cell/home):** _____ **work:** _____

Yo _____, el padre/tutor de _____ doy mi permiso para que los medicamentos enumerados se administren o se autoadministren como se indica en este formulario.

Nombre del padre/madre/tutor: _____ **Firma:** _____

Fecha: _____ **Número de teléfono (celular/casa):** _____ **(trabajo)** _____