

PERMISSION FOR MEDICATION ADMINISTRATION AT SCHOOL

Student Name: _____

School: _____

In order for the school to administer any prescription or over-the-counter medication to your child, you must provide the school with written orders from your child's healthcare provider. All medications must be provided in their original container and labeled with your child's name. Please return this form to:

Name: _____

Title: _____

Phone/e-mail: _____

By signing this form, I give permission for my child's healthcare provider to share information about the administration of this medication with the school staff delegated to administer medications. I further authorize the school personnel delegated to administer medications to administer the medication(s) identified in the following section in accordance with my healthcare provider's instructions.

Parent/guardian's signature: _____

Printed name of parent/guardian: _____

Date: _____

This section must be completed by your healthcare provider

HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION

CHILD'S NAME:

Birth date:

Medication:

Dosage:

Route:

Administration time(s):

Start Date:

End Date:

Special instructions:

Any side effects to reported:

Signature of healthcare professional with prescriptive authority: _____

Printed name of healthcare professional: _____

Phone/e-mail: _____

Date: _____

PERMISSÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ESCOLA

Nome do aluno: _____

Escola: _____

Para que a escola administre qualquer medicamento prescrito ou sem receita médica ao seu filho, você deve fornecer à escola autorizações por escrito do médico do seu filho. Todos os medicamentos devem ser fornecidos em sua embalagem original e rotulados com o nome do seu filho. Devolva este formulário para:

Nome: _____

Cargo: _____

Telefone/e-mail: _____

Ao assinar este formulário, dou permissão ao médico do meu filho para compartilhar informações sobre a administração deste medicamento com a equipe da escola delegada a administrar medicamentos. Autorizo ainda o pessoal da escola delegado a administrar medicamentos a administrar o(s) medicamento(s) identificado(s) na seção a seguir de acordo com as instruções do meu médico.

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável: _____

Nome em letra de forma do(a) pai/mãe/responsável: _____

Data: _____

Esta seção deve ser preenchida pelo seu médico

AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO

NOME DA CRIANÇA:

Data de nascimento:

Medicamento:

Dosagem:

Via:

Horário(s) de administração:

Data de início:

Data de término:

Instruções especiais:

Quaisquer efeitos colaterais a serem relatados:

Assinatura do profissional de saúde com autoridade prescritiva: _____

Nome em letra de forma do profissional de saúde: _____

Telefone/e-mail: _____

Data: _____