



Enfermera: 414-649-2825

Fax: 414-389-5118

## Centro de Salud para Estudiantes Solicitud/Autorización de Medicamentos

### Para ser completado por un padre/tutor:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_  
Grado/Clase: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### To be completed by the Medical Provider:

Name of medication: \_\_\_\_\_  
Reason for medication: \_\_\_\_\_ Dose and route: \_\_\_\_\_  
Times to be given at school/frequency: \_\_\_\_\_  
Possible adverse reactions/side effects: \_\_\_\_\_  
Actions to take if observed: \_\_\_\_\_  
**For PRN orders:** Specific symptoms or conditions under which medication is to be given: \_\_\_\_\_

### Medical Provider approval for students to carry/self-administer medication:

Medication allowed:  Metered Dose Inhaler  EPI-pen  Other, list here: \_\_\_\_\_  
 **Yes**  **No** This child has received adequate instruction about how and when to administer this medication and in my professional opinion is capable and responsible to self-administer it.  
 **Yes**  **No** Due to the need for this child to have this medication immediately accessible, I recommend they be allowed to have this medication in their possession and to use it as prescribed.

Prescribing Medical Provider Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Signature of Prescribing Provider: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Yo, el padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las Responsabilidades y Normas para Medicamentos en la Escuela. Doy permiso para que el personal de la escuela administre los medicamentos enumerados anteriormente según autorizados por el proveedor médico. Autorizo a la enfermera escolar a comunicarse directamente con el proveedor para aclarar esta orden médica o reportar cualquier reacción adversa/efectos secundarios. Entiendo que puede ser necesario compartir la información en este formulario con otro personal de la escuela para asegurar la administración adecuada de este medicamento. Esta información también se puede compartir con el personal médico de emergencia en caso de que se requiera transporte a un centro médico.*

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_