

**Northampton Public Schools
Medication Authorization Form**

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRESCRIBER:

Student's Name _____ DOB _____

Diagnosis _____ Grade _____

Medication: _____

Route of Administration: _____ Dosage: _____

Frequency: _____ Time(s) of Administration _____

Date of Order _____ Discontinuation Date _____

Possible side effects/adverse reactions to watch for _____

Other medications being taken by student _____

Any other medical conditions (if not in violation of confidentiality) _____

Consent for self-administration: YES NO

Name of Licensed Prescriber: _____ Title: _____

Business Phone Number _____ Emergency Phone Number _____

Signature of Licensed Prescriber: _____

A SER COMPLETADO POR EL PADRE O ENCARGADO

Yo autorizo a la Enfermera Escolar o designado a administrar el medicamento mencionado arriba a mi hijo/a:

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Firma del Padre o Encargado _____ Fecha _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____

Lista de los otros medicamentos _____

Yo doy permiso para que mi hijo se auto-administre su medicamento si la enfermera/o escolar estima que es seguro y apropiado.

SI NO

Yo doy permiso a la enfermera escolar a compartir la información relacionada con la administración del medicamento con el personal escolar apropiado por ejemplo: efectos secundarios/adversos, si el/ella lo determina necesario para la salud y seguridad de mi hijo/a.:

SI NO

Alguna restricción a este permiso? _____

Yo doy permiso al personal escolar (maestro del salón de clase (_____) designado por la/el enfermera/o escolar a darle el medicamento a mi hijo/a durante giras. El personal escolar recibirá instrucciones de la enfermera para su uso.

Yo entiendo que yo puedo recoger el medicamento de la escuela en cualquier momento y que ese medicamento será destruido si no lo recojo dentro de una semana después de la terminación de las clases por el año escolar.

Firma del Padre/Encargado _____ Fecha _____