Waukegan Public Schools
Office of School Health Services

Staff Members Trained in _____

Medication Administration: _____

AUTHORIZATION OF THE ADMINISTRATION/ SELF ADMINISTRATION OF MEDICATION

_____ _____ _____ _____

Student's Name | Date of Birth | Grade/Room | Teacher

TO BE COMPLETED BY THE APPROPRIATELY STATE- LICENSED HEALTH CARE PROVIDER

PLEASE NOTE: Only those medicines which of absolute necessity must be given during school hours will be given at school: q day, b.i.d.., and t.i.d.. medicines *will not be given at school unless you specifically request.*

_____ _____ _____ _____

Medication | Dosage | Time of Administration | Route

Prescribed for (diagnosis)_____

Reason for Medication (intended effects_____

Restriction and/or Side Effects: ( ) Yes (please describe below) ( ) None anticipated

_____

This student is both capable and responsible for self-administering this medication:
( ) No ( ) Yes- Supervised ( ) Yes - Unsupervised

For Asthma Inhaler or Epi-pen only:
This student may carry this medication: ( ) No ( ) Yes - if yes complete the following

I certify that _____has been instructed in the use and self-administration
Name of Student
of_____
Name of Medication
If permitted to self administer this medication, he/she understands the need for the medication, and the necessity to report to school personnel any unusual side effects. He/she is capable of using this medication independently.

Other prescription and non-prescription medications this child receives are: _____
I may be reached at the following phone # in the event of a reaction to the medication or an emergency:

_____ _____ _____

Signature of Medical Provider | Date | Printed Name of Medical Provider

_____

Medical Provider Phone # | Medical Provider Fax #

Medical Provider Address_____

PARA SER LLENADO POR EL PADRE / TUTOR:

Por medio de la presente, doy mi autorización para que mi hijo/a _____ reciba el medicamento mencionado arriba, tal como se prescribe. Entiendo que mi firma en esta forma, constituye eximir de toda responsabilidad por parte mía, al distrito escolar, sus empleados y agentes; por la administración o supervisar la administración de esta medicina, por reacciones adversas cuando la medicina es administrada de acuerdo a las instrucciones prescritas por el proveedor, Autorizado por el Estado, de cuidados para la salud. Adicionalmente, estoy de acuerdo en indemnizar y no causar daño al distrito escolar, sus empleados y agentes por cualquier reclamación que resulte de la administración del medicamento a, o para mi hijo/a; de acuerdo con mi autorización, excepto aquellas debido a mala conducta, deliberada o displicente. Doy mi consentimiento para el intercambio de información entre el proveedor de cuidados para la salud que prescribe y la enfermera de la escuela, para lo cual se adjunta una forma de autorización de ejecución, que será incorporada aquí como referencia.

_____ _____ _____

Fecha | Firma del Padre/Tutor | Teléfono horas hábiles

F-311 (3/06)Sp