

School Year: 2018-2019

School: _____

MEDICATION RECORD

Prescription Non-prescription

Order good for up to end of one school year.

Medication Expiration Date: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION (To be completed by the Physician) Student: _____ DOB: _____

Name of Medication: _____ Dosage/Route _____ Time: _____ or for PRN, every _____ hours.

Reason medication is prescribed: _____ Start date: _____ Stop Date: _____

Significant information/Instructions/Contraindications: _____

Licensed Health Care Provider Signature: _____ Date: _____ Phone: _____ Fax: _____

DAILY MEDICATION LOG

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Aug				█	█						█	█						█	█						█	█								
Sept	█	█						█	█						█	█						█	█							█	█			
Oct						█	█						█	█							█	█						█	█					
Nov			█	█						█	█						█	█						█	█						█			
Dec	█	█						█	█						█	█						█	█						█	█				
Jan					█	█						█	█							█	█						█	█						
Feb		█	█						█	█							█	█						█	█					█	█			
Mar		█	█						█	█														█	█						█	█		
Apr.					█	█							█	█							█	█						█	█				█	
May				█	█							█	█													█	█							
June	█	█							█	█							█	█						█	█						█	█		

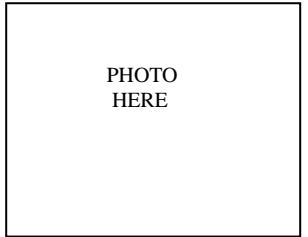
Initials Name Initials Name Initials Name

Initials Name Initials Name Initials Name

School Nurse: _____ Review Date: _____

Acceptable Codes: AB=absent T=Tardy SD=School Delay
 ED=Early Dismissal NS=No School FT=Field Trip
 NMS=No medication at school DC=Discontinue medication

Variance Codes: VO=Omitted Dose VW=Wrong Child
 VD=Wrong dose/amount VM=Wrong medication
 VT=Wrong Time VR=Wrong Route VS=Student Refused



C. Parent Request for Medication to be given during school hours

Petición de los Padres para que se administre medicamentos a su hijo/hija durante las horas de clase (Padre/madre, por favor complete y entregue este formulario a la Oficina Principal de la escuela de su hijo/a)

Yo doy permiso para que mi hijo/a, _____ reciba medicamento durante el horario escolar. Como padre/madre/tutor legal, yo asumo la responsabilidad por cualquier reacción adversa que este medicamento pueda causarle a mi hijo/a. Me comprometo a llevar a la escuela el medicamento prescrito en un envase debidamente etiquetado por un farmacéutico. Si es un medicamento sin receta médica lo entregaré a la escuela en el envase original, sellado y con el nombre de mi hijo/a escrito en el frasco o envase.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Número de Teléfono de casa

Número de Teléfono de su trabajo

Persona para llamar en caso de una emergencia

Número de Teléfono en caso de una emergencia

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Doy permiso para que el/la doctor/a de mi hijo/a _____ envíe información médica confidencial, específica, del registro médico de mi hijo/a a la enfermera escolar o director/a de la escuela. Esta información será utilizada por el personal escolar para proveer servicios de cuidados de salud a mi hijo/a en la escuela.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento _____

Para: _____
Nombre de la Escuela Fecha Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR INFORMACIÓN MÉDICA POR FAX

Doy permiso para que la escuela envíe esta documentación de medicamentos al doctor/a de mi hijo/a (si fuera necesario). Autorizo al doctor/a de mi hijo/a para envíe este formulario a la escuela. Entiendo que la escuela no puede garantizar la confidencialidad de la máquina de fax.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

D. Medication Check-In/Check Out Log – Lista de control de medicamentos

Date Fecha	Medication/Dose Medicamento/dosis	Amount Received Cantidad recibida	Amount on Hand Cantidad actual	Received by (Signature) Recibido por (firma)	Signature of Witness Firma de testigo

E. Medication Disposal/Destroyed Log (If not picked up) -- Lista de medicamentos destruidos/desechados (Si no se recogen)

Date/ Fecha	Medication / Medicamento	Amount /cantidad	Signature of RN	Signature of Witness