

**KENOSHA UNIFIED SCHOOL DISTRICT NO. 1
MEDICATION AUTHORIZATION FORM**

SCHOOL NAME: _____ **PHONE:** _____ **FAX:** _____

ONE MEDICATION PER FORM

Prescription Medication: Health Care Provider to complete. Health Care Provider signature required.
Parent/Guardian signature required.

Non-Prescription Medication: Parent/Guardian to complete. Parent/Guardian signature required.

.....
Medication to be administered as directed.

Student Name: _____ DOB: ____/____/____

Medication: _____

Dosage: _____

Route: _____

Time(s) Administered: _____

Reason for Medication: _____

Student may carry medication for Emergency purposes: _____ Yes _____ No

Additional directions/symptoms: _____

Health Care Provider Signature: _____ Date: ____/____/____

Health Care Provider Name (Please Print): _____

Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

NOTE: Parent/Guardian signature permits designated school staff to dispense medication to the above student and to contact the health care provider at any time with questions or concerns related to this student's medical condition and medication.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/____

Parent/Guardian Name (Please Print): _____

Daytime Phone Number: _____

CRITERIA FOR DISPENSING MEDICATION

1. **Authorization:** Students requiring medication at school, including herbal and vitamin supplements, shall provide a completed "Medication Authorization Form". Prescription medications require a signature from **both** a health care provider and parent/guardian. Non-prescription medications require the parent/guardian signature. The parents must notify the school when the drug is discontinued or for any changes. An updated medication authorization form is required for all changes in medication, dosage, or administration time. All medication authorization forms must be renewed annually. All unclaimed medication at the end of the school year will be disposed of per policy.
2. **Container:** All medication must be supplied in the original container. Prescription medications require the pharmacy label. Non-prescription medication must be in the original container with the directions on the container including student name. All medication shall be kept in a locked cabinet.
3. **Delivery to School:** It is the responsibility of the parent/guardian to provide and deliver to the school all authorized medication and replace expired medication.

DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE KENOSHA NO. 1
FORMATO DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ **TELÉFONO:** _____ **FAX:** _____

UN MEDICAMENTO POR FORMATO

Medicamento Con Receta Médica: A completar por el Proveedor de Servicios Médicos. Requiere firma del Proveedor de Servicios Médicos. Requiere firma del Padre/Representante Legal.

Medicamento Sin Receta Médica: A completar por el Padre/Representante Legal. Requiere firma del Padre/Representante Legal.

Medicamento para ser administrado como se indique.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Vía: _____

Tiempo(s) de Administración: _____

Razón por el Medicamento: _____

El estudiante puede llevarse su medicamento para propósitos de una emergencia: _____ Si _____ No

Síntomas/indicaciones adicionales: _____

Firma del Proveedor de Servicios Médicos: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del Proveedor de Servicios Médicos: (por favor escriba en letra de molde): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

NOTA: La firma del Padre/Representante Legal permite al personal designado por la escuela suministrar el medicamento al estudiante citado anteriormente y a contactar al proveedor de servicios médicos en cualquier momento con preguntas e inquietudes relacionadas con ésta condición médica del estudiante y el medicamento.

Firma del Padre/Representante Legal: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Nombre del Padre/Representante Legal: (por favor escriba en letra de molde): _____

Numero Telefónico durante el día: _____

CRITERIO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

1. **Autorización:** Los estudiantes que requieran medicamento en la escuela, incluyendo suplementos vitamínicos y herbales deberán entregar el formato completo de "Autorización de Medicamentos". Los medicamentos con receta médica requieren la firma de **ambos**, tanto del proveedor de servicios médicos como del padre/representante legal. Los medicamentos sin receta médica requieren la firma del padre/representante legal. Los padres deberán notificar a la escuela cuando el medicamento debe ser suspendido o cualquier otro cambio. Un formato actualizado de autorización de medicamento se requiere para todos los cambios en medicamentos, dosis u hora de administración. Todos los formatos de autorización de medicamentos deberán renovarse anualmente. Todos los medicamentos que no sean reclamados al final de año escolar serán desechados de acuerdo a la normativa.
2. **Envase:** Todos los medicamentos deben ser entregados en su envase original. Los medicamentos con receta médica requieren la etiqueta original de la farmacia. Medicamentos sin receta médica deben estar en su envase original con las indicaciones en el envase incluyendo el nombre del estudiante. Todos los medicamentos deben guardarse en un gabinete con seguro.
3. **Entrega a la Escuela:** Es de responsabilidad del padre/representante legal suministrar y entregar a la escuela todos los medicamentos autorizados y sustituir todos los medicamentos vencidos.