

**KENOSHA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
MEDICATION AUTHORIZATION FORM**

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

ONE MEDICATION PER FORM

Prescription Medication: Health Care Provider to complete. Health Care Provider signature required. **Pharmacy label must match order below**
Parent/Guardian signature required.

NonPrescription 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 (LIFE SAVING) purposes only ***EPINEPHRINE, RESCUE INHALER, GLUCAGON, INSULIN***: ____ 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. Nonprescription 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. Nonprescription 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 ESCOLAR UNIFICADO DE KENOSHA
FORMULARIO AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

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

UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO

Medicamento recetado: Proveedor de atención médica para completar. Se requiere la firma del proveedor de atención médica. **La etiqueta de la farmacia debe coincidir con el orden a continuación.**
Se requiere la firma del Padre/Tutor.

Medicamentos Sin Receta: Padre/Tutor para completar. Se requiere la firma del Padre/Tutor.

La medicación debe administrarse según las indicaciones.

Nombre del Estudiante: _____ FDN: ____ / ____ / _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Ruta: _____

Hora(s) Administrada: _____

Razón del Medicamento: _____

El estudiante puede llevar medicamentos para emergencias (SALVA VIDAS) únicamente ***EPINEFRINA, INHALADOR DE RESCATE, GLUCAGON, INSULÍNA***: ____ Sí ____ No

Instrucciones/síntomas adicionales: _____

Firma del Proveedor de Atención Médica: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica (Favor de Imprimir): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

NOTA: La firma de Padre/Tutor permite al personal escolar designado dispensar medicamentos al estudiante mencionado anteriormente y comunicarse con el proveedor de atención médica en cualquier momento con preguntas o inquietudes relacionadas con la condición médica y la medicación de este estudiante.

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre del Padre/Tutor (Favor de Imprimir): _____

Teléfono Durante el Día: _____

CRITERIOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

1 Autorización: Los estudiantes que necesiten medicamentos en la escuela, incluyendo los suplementos de hierbas y vitaminas, proporcionarán un "Formulario de Autorización de Medicamentos" completo. Los medicamentos recetados requieren la firma del proveedor de atención médica y del padre/tutor. Los medicamentos sin receta requieren la firma del padre/tutor. Los padres deben notificar a la escuela cuando se discontinúa el medicamento o cualquier cambio. Se requiere un formulario de autorización de medicación actualizado para todos los cambios en la medicación, la dosis o el tiempo de administración. Todos los formularios de autorización de medicamentos deben renovarse anualmente. Todos los medicamentos no reclamados al final del año escolar se desecharán según la política.

2 Contenedor: Toda medicación debe ser suministrada en el envase original. Los medicamentos recetados requieren la etiqueta de la farmacia. Medicamentos sin receta deben estar en el envase original con las instrucciones en el envase incluyendo el nombre del estudiante. Todos los medicamentos se guardarán en un gabinete cerrado con llave.

3 Entrega a la Escuela: Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar y entregar a la escuela todos los medicamentos autorizados y reemplazar los medicamentos vencidos.