

Elementary Parent/Guardian Authorization for Antihistamine at School
 (Complete one form for each medication)

Student Name: _____ Birth Date: _____ Student ID #: _____

School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____ Student ID# _____

Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school. Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for medication administration at school
- Medication in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date)
- Medication label contains the student's first and last name
- Non-prescription/Over-the-counter medications may be available in the health room for two (2) weeks only with parent authorization. **After two (2) weeks, a physician's order will be required.**
- Non-prescription medication dosage must agree with manufacturer's recommendations or a physician's order will be required.
- The first dose of this medication for the current condition/illness **may not be given at school.**

Please complete the following:

Medication Name and Strength (only one medication per page)	Dosage	Time(s) to be Given at School	How it is Taken (mouth, eye, ear, nose, tube, on the skin, etc.)	Reason/ Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires: _____	

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: _____

(Note: the first dose of any medication may NOT be given at school)

Has the student ever received this medication before? Yes _____ No _____

If Yes, Date and Time last dose given _____

1. I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed with adequate notification from me.
2. I release school personnel from liability in the event adverse reactions result from taking the medication.
3. I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
4. I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
5. I give permission for the school nurse to consult with the above student's physician regarding any questions that arise with regard to the listed medication or medical condition being treated by the medication.
6. I give permission for the medication to be given by trained school personnel as delegated by the Principal.

Please Note: Elementary school students may not carry medication home (with the exception of inhalers); all medication must be transferred from adult to adult.

I understand I am responsible for retrieving the medication from the School Health Office when it is no longer needed or when the school year ends.

 Parent/Guardian Printed Name Day Phone Home Phone

 Parent/Guardian Signature Date Relationship to Student

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ _____ may NOT administer this medication

Date

RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____

AUTORIZACIÓN DE PADRE/TUTOR DE PRIMARIA DE LA ANTIHISTAMÍNICO EN LA ESCUELA
(Complete una forma por cada medicina)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Solo deben enviarse a la escuela las medicinas que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia del estudiante, o que estén escritas en un IEP. *Children's AISD Student Health Services* y AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal para administrar medicinas en la escuela
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente rotulado (con el nombre de la medicina, su potencia, dosis e instrucciones; el nombre del médico que la prescribe que tenga licencia de Texas, y fecha actual)
- Que el rótulo de la medicina tenga el nombre y el apellido del estudiante
- Sobre los contadores medicamentos sin receta, pueden permanecer en la sala de salud durante dos semanas sólo con autorización de los padres. **Después de dos semanas, se requerirá la orden de un médico**
- La primera dosis de esta medicación por el mal/enfermedad actual **no puede administrarse en la escuela.**

Completar, por favor, lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) para darla en la escuela	Cómo se toma (por la boca, los ojos, los oídos, la nariz, por tubo, en la piel, etc.)	Razón/ Padecimiento medico por el que se da la medicación	Fecha de caducidad de medicamentos:	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de medicamentos: _____ Fecha de finalización medicamentos (2 semanas si es OTC y sin orden): _____

(Nota: la primera dosis de medicamentos no puede darse en la escuela)

¿El estudiante nunca recibido este medicamento antes? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, fecha y hora de última dosis dado _____

1. Pido que la medicina citada se dé durante horas de escuela, como lo ordenó el doctor de este estudiante. Pido además que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita, con la notificación adecuada que yo dé.
2. Libero al personal escolar de responsabilidad en caso de reacciones adversas resultantes de la medicación.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicación, (cambio de dosis, de horas, etc.).
4. Doy permiso para que la enfermera escolar se comunice con los maestros del estudiante sobre la condición(es) de salud del estudiante y la(s) acción(es) de la medicación.
5. Doy permiso para que la enfermera escolar consulte al doctor del estudiante con respecto a cualquier duda que pueda surgir sobre la medicación citada o la condición médica tratada por la medicación.
6. Doy permiso para que administre la medicina el personal escolar capacitado, delegado por el Director.

Por favor nota: los estudiantes de escuela primaria no pueden transportar medicamentos casa (con excepción de los inhaladores); el medicamento deben ser transferidos de adulto a adulto.

Entiendo yo soy responsable de recuperar el medicamento de su Oficina de Salud Escolar cuando ya no es necesario, o cuando termine el año escolar.

Nombre impreso de padres/custodio legal _____ Teléfono de día _____ Teléfono de la casa _____

 Firma de padres/custodio legal _____ Fecha _____ Relación con el estudiante _____

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ _____ may NOT administer this medication

Date

RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____