

**PRESCRIPTION MEDICATION ADMINISTRATION AUTHORIZATION FORM**  
**Prescriptions including: EPI-Pen (self-administered) and Inhaled Medication (self-administered)**

Student's Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Who lives with parent/guardian at \_\_\_\_\_

In Nashua, New Hampshire 0306\_\_

Teacher/Advisor \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Name of Medication \_\_\_\_\_

**TO BE PROVIDED BY HEALTH CARE PROVIDER:**

\_\_\_\_\_ Diagnosis/Condition

\_\_\_\_\_ Dose, Route other Administration Instructions

\_\_\_\_\_ Frequency & Time(s) to be given at school

\_\_\_\_\_ Dates to be given: \_\_\_\_\_ 20\_\_ /20\_\_ school year

**PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION**

PLEASE LIST ALL MEDICATION THE CHILD IS TAKING AT HOME (Prescription and over the counter medications) if not a violation of confidentiality.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**HOLD HARMLESS:** I hereby authorize the designated staff person or school nurse to administer the above medication as directed. In consideration for this service, I further agree that I will not hold liable, and will otherwise save harmless, the District and/or any department or employee thereof for death or injury resulting from administration or assistance in the administration of the medication described above. I understand that (a) not more than one month of prescribed medicine may be stored in school, (b) medication will be delivered directly to the School Nurse, Principal or designated staff member by the parent or guardian, if possible, and (c) the medication will be delivered in a container properly labeled with the student's name, the physician's name, the date of original prescription, name and strength of medication and directions for taking by the student.

Printed Name of parent/guardian \_\_\_\_\_

Signature of parent/guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Yes No I give my permission for release/exchange of pertinent information by telephone, mail or electronic exchange including fax or email between the school nurse and the physician's office regarding the above medication.\*

Yes No I give my permission for other school personnel to be notified of the medication and any adverse effects.\*

\*NOTE: Included in the annual NSD Health History form

Signature of parent/guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Spanish

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS**  
**Recetas que incluyen: EPI-Pen (autoadministrado) y Medicamento Inhalado (autoadministrado)**

Nombre del/de la estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Quien vive con el padre/ la madre/ tutor/a en \_\_\_\_\_

En Nashua, New Hampshire 0306\_\_

Profesor/a Consejero/a \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_

**PARA PROPORCIONAR POR EL/LA PROVEEDOR/A DE ATENCIÓN MÉDICA:**

\_\_\_\_\_ Diagnósis/Condición

\_\_\_\_\_ Dosis, Vía, otras Instrucciones de Administración

\_\_\_\_\_ Frecuencia y Hora(s) para administrar en la escuela

\_\_\_\_\_ Fechas que se debe administrar: \_\_\_\_\_ año escolar 20\_\_/20\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/ TUTOR/A**

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE EL/LA NIÑO/A ESTÁ TOMANDO EN CASA (medicamentos recetados y de venta libre) si no es una violación de la confidencialidad.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**EXIMIR DE RESPONSABILIDAD:** Por la presente, autorizo al personal designado o a la enfermera de la escuela a administrar el medicamento anterior según las indicaciones. En consideración a este servicio, acepto además que no me haré responsable, y de lo contrario eximiré de responsabilidad, al Distrito y/o a cualquier departamento o empleado/a del mismo por muerte o lesiones que resulten de la administración o asistencia en la administración de los medicamentos descritos anteriormente. Entiendo que (a) no se puede almacenar más de un mes de medicamento recetado en la escuela, (b) el medicamento se entregará directamente a la enfermera de la escuela, al/ a la director/a o al miembro del personal designado/a por el padre / la madre o tutor/a, si es posible, y (c) el medicamento se entregará en un recipiente debidamente etiquetado con el nombre del/de la estudiante, el nombre del/de la medico/a, la fecha de la receta original, el nombre y la concentración del medicamento y las instrucciones para que el/la estudiante lo tome.

Nombre en letra de imprenta del padre/de la madre/ tutor/a \_\_\_\_\_

Firma del padre//de la madre/ tutor/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sí No Doy mi permiso para la divulgación/intercambio de información pertinente por teléfono, correo o intercambio electrónico, incluyendo fax o correo electrónico entre la enfermera de la escuela y el consultorio del/de la medico/a con respecto al medicamento anterior.\*

Sí No Doy mi permiso para que se notifique al resto del personal de la escuela sobre el medicamento y cualquier efecto adverso.\*

\*NOTA: Incluido en el formulario anual de Historial de Salud NSD

Firma del padre/de la madre/tutor/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE REMÉDIOS COM PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
**Prescrições Médicas Incluem: EPI-Pen – Dispositivo de Injeção automática (auto-utilização) e Inalador com**  
**medicação (auto-utilização)**

Nome do aluno(a) \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Que mora com os pais/Responsáveis no endereço: \_\_\_\_\_

Em Nashua, New Hampshire 0306\_\_

Professor(a)/Orientador(a) \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Nome do medicamento \_\_\_\_\_

**A SER FORNECIDO PELO CONSULTÓRIO MÉDICO:**

\_\_\_\_\_ Diagnóstico/Condição

\_\_\_\_\_ Dose, Forma de tomar (Oral, aplicado na veia, etc) ou outras instruções de administração do medicamento

\_\_\_\_\_ Frequência e horários para ser dado na escola

\_\_\_\_\_ Datas em que o remédio de ver tomado: \_\_\_\_\_ do ano escolar de 20 \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO DO PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL**

POR FAVOR, LISTE TODOS OS MEDICAMENTOS QUE O SEU FILHO(A) ESTÁ TOMANDO EM CASA (medicamentos com prescrição médica e/ou de venda livre), caso isso não seja uma violação de confidencialidade.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE:** Autorizo, por meio deste, o funcionário designado ou enfermeiro da escola a dar o medicamento acima conforme instruções. Em consideração a este serviço, concordo ainda que não responsabilizarei e, de outra forma, isentarei o Distrito e/ou qualquer departamento ou funcionário do mesmo por morte ou lesão resultante da administração ou assistência na administração do medicamento descrito acima. Entendo que (a) não mais do que a quantidade de um mês de medicamento com prescrição pode ser armazenado na escola, (b) o medicamento será entregue diretamente ao enfermeiro(a) da escola, diretor(a) ou membro do time escolar designado pelos pais ou responsáveis, se possível, e (c) o medicamento será entregue em um recipiente devidamente etiquetado com o nome do aluno(a), o nome do médico, a data da prescrição original, nome e dosagem do medicamento e instruções para que o aluno(a) possa tomá-lo.

Nome por extenso do pai/mãe/responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do pai/mãe/responsável \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Sim Não dou permissão para a divulgação/troca de informações pertinentes por telefone, correio ou troca eletrônica, incluindo fax ou e-mail, entre a enfermeira da escola e o consultório médico com relação ao medicamento acima.\*

Sim Não autorizo que outros funcionários da escola sejam notificados sobre o medicamento e quaisquer efeitos adversos.\*

\***OBSERVAÇÃO:** Incluso no formulário anual de histórico sobre saúde da NSD

Assinatura do pai/mãe/responsável \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_