

# Authorization for Medication Administration by Sherwood School District Personnel

---Office Use

Student ID \_\_\_\_\_

 Nurse Notification: ☐

|                                                                                                                                                           |                  |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|
| 1. Legal Last Name                                                                                                                                        | Legal First Name | Legal Middle Name         |
| Birth Date<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Month</span> <span>Day</span> <span>Year</span> </div> | Grade            | Teacher's name (if known) |

Please read the following statements and provide your initials as an approval or acknowledgment.

2. **All medication must be in its newest original container with accurate labeling.**

 \_\_\_\_\_  
 Initials

3. Parent / guardian is responsible for providing needed medication and maintaining the supply as needed.

 \_\_\_\_\_  
 Initials

4. Parent / guardian is responsible for picking up all unused medication by the last day of school. All medication left at the school will be discarded.

 \_\_\_\_\_  
 Initials

5. Parent / guardian accepts responsibility of notifying the District Nurse or the school's main office staff in writing of any changes to the student's medication during the school year and after the date shown on this document. Changes to the prescription label or container directions must be in writing from the health care provider.

 \_\_\_\_\_  
 Initials

6. Medications:

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medication Name                                                                                                                                           | Type<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Non-prescription    <input type="checkbox"/> Prescription       </div> | Does this medication need to go on field trips?<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Yes</span> <span>No</span> </div>                                                                                                                  |
| Start Date<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Month</span> <span>Day</span> <span>Year</span> </div> | End Date<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Month</span> <span>Day</span> <span>Year</span> </div>                                  | Time of day (if applicable)                                                                                                                                                                                                                                             |
| Dose                                                                                                                                                      | Frequency (how often)                                                                                                                                                                    | Route<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Mouth    <input type="checkbox"/> Ear    <input type="checkbox"/> Eye    <input type="checkbox"/> Nose    <input type="checkbox"/> Skin       </div> |
| Reason for Medication                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          | Special Instructions:                                                                                                                                                                                                                                                   |

7. Parent /Guardian Signature and Authorization

I verify that the above health information is accurate and complete, and I understand that it is my responsibility to notify the school office in writing promptly of changes to this information.

This authorization applies only to the medication listed above and the duration of treatment or school year.

This authorization provides permission to exchange information, as necessary, between the District Nurse, school staff and / or my student's health provider.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Printed Name: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Physician or Clinic Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

 **Sherwood** SCHOOL DISTRICT **Autorización para recibir Medicamentos Administrado  
por Personal del Distrito Escolar de Sherwood**

---Uso de la oficina

Student ID \_\_\_\_\_

Nurse Notification: ☐

|    |                                                       |                     |                                   |
|----|-------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 1. | Apellido Legal                                        | Primer Nombre Legal | Segundo Nombre Legal              |
|    | Fecha de Nacimiento                                   | Grado               | Nombre de la maestra (si lo sabe) |
|    | Mes                      Día                      Año |                     |                                   |

Por favor lea lo siguiente y escriba sus iniciales como prueba que las leyó y entendió.

- Todos los medicamentos deben estar en su empaque original, con etiquetas correctas.**
- Los padres / Guardianes son responsables de proporcionar la medicación necesaria y mantener la cantidad de acuerdo a lo que se necesite. Iniciales \_\_\_\_\_
- Los padres / Guardianes son responsables de recoger todo el medicamento que no se haya usado para el último día de clases. Todo el medicamento que se deje en la escuela se tirará. Iniciales \_\_\_\_\_
- Los padres / Guardianes aceptan responsabilidad de notificar por escrito a la enfermera del Distrito o la oficina principal de la escuela, cualquier cambio que haya en la medicación del estudiante durante el año escolar, durante el año escolar y después de la fecha de este documento . Cambios en la etiqueta de prescripción o las instrucciones en el envase, deben venir por escrito del proveedor de salud médica. Iniciales \_\_\_\_\_
- Medicamentos:

|                                                       |                                                                                 |                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del Medicamento                                | Tipo                                                                            | ¿Necesita llevar este medicamento a excursiones                                                                                                         |
|                                                       | <input type="checkbox"/> Sin prescripción <input type="checkbox"/> Prescripción | Si                      No                                                                                                                              |
| Fecha de Inicio                                       | Fecha de Terminación                                                            | Hora en el día (si aplica)                                                                                                                              |
| Mes                      Día                      Año | Mes                      Día                      Año                           |                                                                                                                                                         |
| Dosis                                                 | Frecuencia (cada cuanto)                                                        | Vía                                                                                                                                                     |
|                                                       |                                                                                 | <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Oídos <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Piel |
| Razón de la medicación                                |                                                                                 | Instrucciones Especiales:                                                                                                                               |
|                                                       |                                                                                 |                                                                                                                                                         |

**7. Firma y Autorización del Padre / Guardián**

|                                                                                                                                                                                                           |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Yo verifico que la información proporcionada es correcta y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar de forma escrita a la oficina de la escuela cualquier cambio en esta información .    |                 |
| Esta autorización aplica únicamente a los medicamentos nombrados arriba y por la duración del tratamiento o el año escolar .                                                                              |                 |
| Esta autorización proporciona permiso para intercambiar información , como sea necesario, entre la Enfermera del Distrito Escolar, el personal de la Escuela, y/o el proveedor de salud de mi estudiante. |                 |
| Firma del Padre / Guardián: _____                                                                                                                                                                         | Fecha: _____    |
| Nombre Impreso del Padre / Guardián: _____                                                                                                                                                                | Teléfono: _____ |

Nombre del doctor o clínica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_