

**SHARYLAND INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES**

**MEDICATION AUTHORIZATION FORM
AUTORIZACION PARA ADMENISTRAR MEDICAMENTO**

Only medications that are required to enable a student to stay in school may be given at school. Three times a day medication should be given before school, after school, and at bedtime. If necessary, medication can be given at school under the following conditions:

1. **MEDICATION MUST BE IN ORIGINAL PROPERLY LABELED CONTAINERS** dated for the current school year and brought to school by an adult. Medications must be age appropriate. **MEDICATION SENT IN BAGGIES OR UNLABELED CONTAINERS WILL NOT BE GIVEN.**
2. Prescription medications will be given only with a specific written request signed by at least one parent/guardian. Physicians must be licensed to practice medicine in the USA. The prescription label will serve as the physician's signature. This request form may be obtained at the school or on the Sharyland ISD website (www.sharylandisd.org).
3. A medically untrained person may administer the medication.
4. All medications must be kept in the clinic, except for students whose doctor and parent furnishes the school with a written permit to carry an inhaler on their person. A second inhaler must be kept in the clinic.
5. Please speak to the school nurse if your child requires long-term medication, any health procedure, or monitoring.
6. Aspirin or products containing aspirin should not be given to students under the age of 18 without a doctor's order.
7. **FDA APPROVED OVER THE COUNTER MEDICINE REQUIRES PARENT/GUARDIAN WRITTEN PERMISSION AND MAY NOT BE GIVEN LONGER THAN 7 DAYS WITHOUT A DOCTOR'S WRITTEN ORDER.**

Se le administrara solo el medicamento que se requiere para que el estudiante permanezca en la escuela. Si el medicamento es tres veces al día, se debe de dar antes de clases, después de clases, y por la noche. Si es necesario, el medicamento se puede dar en la escuela bajo las siguientes condiciones:

1. **EL MEDICAMENTO DEBE ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL, CON LA INFORMACION DEL ESTUDIANTE, la fecha actual para el corriente año. El medicamento lo debe traer un adulto...** El medicamento debe ser para la edad apropiada. **El MEDICAMENTO QUE TRAIGA EN BOLSITAS DE PLASTICO O SIN INFORMACIÓN NO SERÁ ADMINISTRADO.**
2. Recetas médicas serán administradas solamente con un permiso especificado y firmado por el padre/madre o guardián, o un doctor con licencia que practique en los Estados Unidos. La receta servirá como la firma del doctor. Esta forma se puede obtener por Internet en el sitio de red de Sharyland. (www.sharylandisd.org).
3. Una persona, no entrenada medicamente, puede administrar el medicamento.
4. Todo medicamento se guarda en la clínica, menos los que están firmadas por el doctor con permiso que se puede cargar consigo un inhalador. Si tiene dos inhaladores, uno se guardara en la clínica.
5. Por favor hable con su enfermera escolar si su hijo/a requiere medicamento de largo plazo, algún procedimiento de salud, o monitorearlo.
6. Aspirina o productos que contienen aspirina no se les debe dar a los estudiantes menores de 18 años.
7. **FDA APPRUEBA MEDICAMENTOS SIN RECETA, PERO REQUIERE PERMISO ESCRITO POR LOS PADRES O GUARDAINES. NO SE DEBE DAR MÁS DE 7 DIAS. DIAZ CONSECUTIVOS SIN ORDEN DEL FORMA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO EN LA ESCUELA**

REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

STUDENT _____ DATE _____
ESTUDIANTE _____ FECHA _____

TEACHER _____ GRADE _____ AGE _____
MAESTRO(A) _____ GRADO _____ EDAD _____

MEDICATION _____ DOSAGE _____ TIME _____
MEDICAMENTO _____ DOSIS _____ HORARIO: _____

MEDICATION _____ DOSAGE _____ TIME _____
MEDICAMENTO _____ DOSIS _____ HORARIO: _____

PARENT/GUARDIAN CONSENT:

I give my permission for the above prescription medication(s) to be given to my child at school or on school sponsored field trips. I understand that the medication may be given by an authorized SISD employee. I consent to and authorize the health care provider to disclose health information to the school, and for the school to disclose the above information to those within the school district that have a need to know for legitimate educational purposes.

PADRE/GUARDIÁN:

Yo doy mi permiso que se le administre a mi hijo/a, el medicamento arriba mencionado, en la escuela o en viajes escolares. Yo comprendo que el medicamento será administrado por personas autorizadas y/o empleados de SISDI. Doy mi consentimiento para autorizar personas de salud que de información medica a la escuela, y que la escuela revele la información dentro del distrito a los que la necesite para un propósito legitimo escolar.

Parent/Guardian Signature Padre/Guardián	Relationship to student Relación al estudiante
Home Phone # # de Teléfono - Casa	Business / Cell phone # Teléfono en Negocio/ Celular
Physician's Signature Firma del Doc.	Physician's Phone # Teléfono del Doc.

Nurse(s)	
Dr's	