



SIERRA GRANDE SCHOOL DISTRICT R-30

Permission for Medication Administration at School and Child Care

The parent/guardian of _____ ask that school/child care staff give the following medication _____ at _____

Child's Name

Name of Medicine & Dosage

Time(s)

to my child, according to the Health Care Provider's signed instructions on the lower part of this form.

Prescription medications must come in a container labeled with: child's name, name of medicine, time medicine is to be given, dosage, route, and date medicine is to be stopped, and licensed Health Care Provider's name. Pharmacy name and phone number must also be included on the label.

Over the counter medication must be labeled with child's name. Dosage must match the signed Health Care Provider authorization, and medicine must be packaged in original container.

The school/child care agrees to administer medication prescribed by a licensed Health Care Provider with prescriptive authority. The parent agrees to pick up expired or unused medication within one week of notification by staff. All medication(s) left at the school will be discarded according to the most current state regulatory recommendations for safe medication disposal.

By signing this document, I give permission for my child's Health Care Provider to share information about the administration of this medication with the school staff delegated to administer medication.

Parent/Legal Guardian's Name

Parent/Legal Guardian Signature

Date

Work Phone

Alternate Phone

Health Care Provider Authorization

Child's Name:		Birthdate:
Medication:	Dosage:	Route:
To be given at the following times:	Start Date:	End Date:
Special Instructions:		
Purpose of Medication:		
Side Effects to be reported:		

Signature of Health Care Provider with Prescriptive Authority

Date

Print Name of Health Care Provider

Phone & Fax Number

Signature of Child Care Health Consultant or School Nurse

Date

Sierra Grande School District is an Equal Opportunity Employer. This form is provided for use by parents, nurses and teachers serving children in the following settings: School-Age Children, Residential Camps, Day Camps, and Family Child Care Homes. © 2017, Sierra Grande School District

Permiso para la Administración de Medicación en la Escuela y Cuidado de Niños

La padres de _____ pedir que da a personal de cuidado del niño de escuela la
Nombre de Niño
 Después de medicina en _____ a _____
Nombre de la Medicina & Dosis (s) *Hora(s)*

a mi hijo, según las instrucciones firmadas del Médico en la parte inferior de este formulario.

Medicamentos Recetados deben venir en un contenedor marcado con: nombre del niño, nombre del medicamento, tiempo es para ser dado, dosis, ruta y fecha de medicina debe ser parado y con licencia salud nombre del proveedor. Farmacia nombre y número de teléfono debe incluirse también en la etiqueta.

Sobre la Medicación Contraria deben etiquetarse con el nombre del niño. Dosificación debe coincidir con la autorización firmada del médico y medicina debe ser empacada en su envase original.

El cuidado de niño de escuela se compromete a administrar la medicación prescrita por un médico con licencia salud con autoridad prescriptiva. El padre se compromete a recoger medicamentos caducados o no utilizados dentro de una semana de notificación por el personal de. Se descartarán todo medicamento a la izquierda en la escuela según las recomendaciones de regulación estado más actuales para la disposición segura de medicamentos.

Al firmar este documento, doy permiso a médico mi hijo compartir información sobre la administración de este medicamento con el personal delegado para administrar medicamentos.

Nombre de Padre/Legal Tutores

Firma Padre/Legal Tutores

Fecha

Teléfono de Trabajo

Teléfono Alternativo

Autorización de Proveedor de Cuidado de la Salud

Nombre del niño:		Fecha de Nacimiento:
Medicación:	Dosificación:	Ruta:
Que se dará en los siguientes horarios:	Fecha de Inicio:	Fecha de Finalización:
Instrucciones especiales:		
Propósito de la Medicación:		
Efectos Secundarios que deben notificarse:		

Firma del Proveedor de cuidado de la salud con Preceptivo Autoridad

Fecha

Escriba el nombre de la salud proveedor

Teléfono y Número de Fax

Firma del Consultor de Salud de Cuidado Infantil o enfermera de escuela

fecha

De Colorado formación de administración de medicamentos sin licencia personal asistencial privado público, carta, escuelas parroquiales, centros de cuidado infantil, preescolares, cuidado de niños de edad escolar, campamentos residenciales, campamentos y

Student Medical Information



Last Name: _____ First Name: _____ Grade: _____

Date of Birth: _____ Gender: M F Physician's Name: _____

Last Physical (Date) _____ Hospital Preference: _____

Emergency Contact Name #1: _____ Emergency Contact Number #1: _____

Emergency Contact Name #2: _____ Emergency Contact Number #2: _____

Current Health Status:

1. Does your child have problems with:

- ADD/ADHS Immune System Heart/Blood Toileting/Bladder/Kidney
- Allergies/Intolerance Stomach/Bowels Emotional/Behavioral Vision/Glasses/Contacts
- Asthma/Respiratory Skin Bones/Joints/Muscles Seizure/Migraine/Neurologic
- Diabetes Hearing/Ears Speech Long term/Chronic Illness
- Physical Limitations Adaptive Equipment Other, please describe in space provided below

Explain all that is checked:

2. Is your child currently taking any medication? YES NO

If yes, medication name: _____ If additional space is needed please use back of this form.

Is medication to be given at school? YES NO Dosage: _____ Time Given: _____

If medication is to be given at school, a physician's order is required and Medication Form must be completed.

- 3. If your child has recent immunization, please provide an updated immunization record to school.
- 4. If you have any concerns about your child's healthcare needs please contact the school nurse.
- 5. Please check the medical insurance that applies to your child:
 Medicaid Private Health Insurance Child Health Plan Plus (CHP+) No Health Insurance

____ I agree to allow Medicaid/CHP! Staff to contact me with more information about medical assistance determination process. INITIAL ____

I hereby authorize Sierra Grande School to release information provided in this Student Medical Information form for treatment, payment, health-care operations, and other purposes as permitted by applicable state and federal law, including the Family Educational Rights and Privacy Act and Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, to any health care provider, the school's nursing staff, other persons who are involved in any way with the care of my child, any person or entity which is or may be liable for all or part

of the charges for services, goods, or facilities provided to my child, or any teacher or other school official who has a legitimate education interest in the information. I understand that following release of information, Sierra Grande School cannot control its confidentiality.

I acknowledge that it is my responsibility to notify the schools nurse when there is any change in the student's health condition or medical care.

I authorize officials of Sierra Grande School to contact directly the person I have named as emergency contacts, and give my consent for my child to receive medical and surgical treatment by the physicians I have named as they may deem necessary for my child's condition in an emergency. Reasonable attempts will first be made to contact me at the contact information provided, but in the event that Sierra Grande School is unable to reach me, the named emergency contact or physicians I have provided, then I further give my consent for Sierra Grande School officials to transport and admit my child to a medical facility for the purposes of receiving emergency medical and surgical treatment. I understand that Sierra Grande Schools does not provided any accident or health insurance coverage for my child and that Sierra Grande Schools is not financially responsible for the emergency care and/or transportation for my child. I understand that it is my responsibility to cover the costs of any such emergency care and/or transportation for my child's emergency medical needs.

I understand this consent will remain in force until my child is no longer enrolled his or her current school. I also understand that I may revoke this authorization at any time, in writing, except to the extent that Sierra Grande School has already acted on my permission.

Parent /Guardian Signature

Date

Additional Notes: _____



Reviewed by School Nurse: _____

___ Flag Entered

Additional Notes by School Nurse: _____



Nurse's Notes

Información Médica del Estudiante		
Apellido:	Primer Nombre:	Grado:
Fecha de Nacimiento:	Género: M F	Nombre de Escuela :
Nombre de Médico:	Fecha del último examen médico:	
Preferencia de Hospital:	Contacto de Emergencia 1:	Contacto de Emergencia 2 :
Nombre Contacto de Emergencia 1:	Nombre Contacto de Emergencia 2	
Estatus Actuales de Salud		
1. Su hijo tiene problemas con:		
Síndrome del Déficit de Atención	Sistema Inmunológica	Corazón/Sangre
Control de Esfínteres/Vejiga/Riñón	Alergia / Intolerancia	Estómago / Intestinos
Emocionales / Comportamiento	Visión/Lentes/Lentes de Contacto	Asma / Respiratoria
Piel	Huesos/Coyunturas/Músculos	Convulsión /Migraña/Neurológico
Diabetes	Audiencia/Orejas	Habla
Limitaciones Físicas	Equipo de Adaptabilidad	Otro
Explique cualquiera de los anteriores:		
2. ¿Está su hijo tomando alguna medicación actualmente? Si No		
Nombre de Medicación:	Si necesita espacio adicional por favor utilice el dorso de este formulario .	
¿Algún medicamento se da en la escuela? Sí No	Dosis:	Tiempo Dado:
Si el medicamento se tiene que dar en la escuela, es necesario una orden médica y se tiene completar Formulario de Medicación.		
3. Si su hijo tiene las últimas vacunas, por favor proporcionar y actualice el registro de inmunizaciones en la escuela .		
4. Si tiene cualquier preocupación sobre la salud de su hijo, póngase en contacto con la enfermera de la escuela .		
5. Por favor revise el seguro médico que le aplique a su hijo:		
Medicaid	Seguro de Salud Privado	
Child Health Plan Plus (CHP+)	Nada de Seguro de Salud	
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo en permitir que el personal de Medicaid/CHP se ponga en contacto conmigo con más información sobre el proceso de determinación de la asistencia médica . <input type="checkbox"/> Inicial		
<p>Doy permiso para que la información contenida en esta historia de información de salud para compartir con los adultos en la escuela que va a trabajar con mi hijo, en una necesidad de saber base. Doy mi consentimiento y autorizo al distrito escolar a divulgar información relacionada con la salud y otros servicios elegibles de Medicaid para el reembolso de Medicaid para los servicios. Es responsabilidad del padre / guardián de notificar a las enfermeras de las escuelas que cada vez que haya algún cambio en el estado de salud o atención del estudiante. Si en algún momento desea retirar este permiso, póngase en contacto con la enfermera de la escuela .</p> <p>El abajo firmante, autorizo a los oficiales de las Escuelas de la Sierra Grande de contactar directamente con las personas nombradas como contactos de emergencia y autorizar a los médicos nombrados para representar dicho tratamiento como puede ser juzgado necesario en una emergencia, para la salud de dicho niño. En el caso de los médicos u otras personas nombradas y los padres que no puedan ser contactados, los oficiales de la escuela se autorizan de tomar cualquier acción que se considere necesario a su juicio, para la salud de dicho niño. No considerare las Escuelas de la Sierra Grande financieramente responsable para la atención de emergencia y/o transporte para dicho.</p>		
Firma del Padre/Guardián & Fecha		
Reviewed By School Nurse:		Flag Entered