

## Administration of Medication at School INFORMATION FOR PARENTS



- ❖ Only those medications that are necessary for a student's medical care and need to be given during school hours will be administered at school. Most medicines that are needed, even up to three times a day, can be given at home. This will decrease the possibility that your student will miss a dose due to forgetting to pick up the medicine at the end of the day to take home.
- ❖ Medication that is needed for known emergencies, such as asthma, diabetes, or serious allergic reactions, may be stored at school, but a doctor must complete a specific form. Please ask the School Nurse for the necessary forms. Students that have asthma may carry their own asthma inhaler, if approved by the School Nurse.
- ❖ Over the counter, non-prescription, medications can remain on campus for 2 weeks with a parent authorization. Any medication that is needed for an extended period beyond 2 weeks, will require a physician's note.
- ❖ When a student's medicine must be stored or administered at school, Texas Education Agency Code requires that:
  - ❑ Medication must be in its original container, labeled with student's name, name of medication, directions for administration and current date. Prescription medicine must have the doctor's name on the label. The doctor must be licensed in Texas. Non-prescription medicine must have the student's name hand written on the container  
and
  - ❑ A written parental permission form with directions for administration that do not conflict with instructions on the medication label must accompany the medicine.
- ❖ If there is a change in the directions on the medication label, such as the dose or frequency, a new parent permission form must be completed and a doctor's written order must be given to the School Nurse. This order may be faxed to the school.
- ❖ Medications that cannot be identified in the "Physician's Desk Reference" cannot be given at school. This includes medicine from other countries, herbs, loose medicine in envelopes or baggies and different kinds of pills in a single container.
- ❖ The school will **NOT** provide any medications, including Tylenol. Parents must provide all medication.
- ❖ For prescription medicine, ask the pharmacist to prepare two labeled containers, marking one for "**SCHOOL USE**" so a container may be at home and at school.
- ❖ If your student is going on a field trip and will need medication while off campus, please provide a properly labeled empty container. The School Nurse will place the appropriate amount of pills in the bottle for the teacher.
- ❖ Please call your School Nurse if you have any questions.

## Servicios de Salud a Niños / Estudiantes del AISD

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS EN LA ESCUELA

### INFORMACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA



- En la escuela, se administrarán solo las medicinas que sean necesarias para el cuidado médico del estudiante y que deban tomarse durante horas de escuela. La mayoría de las medicinas que son necesarias, incluso tres veces al día, pueden administrarse en el hogar. Esto disminuye la posibilidad de que a su estudiante se le pase una dosis por haber olvidado recoger la medicina al final del día, para llevarla a su casa.
- La medicina que sea necesaria para emergencias conocidas, como asma, diabetes o reacciones alérgicas graves, puede conservarse en la escuela, pero un doctor debe llenar una forma específica. Sírvase pedir a la enfermera escolar las formas necesarias.
- Sobre los contadores medicamentos sin receta, pueden permanecer en la escuela durante dos semanas con una autorización de los padres. Cualquier medicamento que se necesita para un período prolongado más allá de dos semanas, requerirá nota de un médico.
- Cuando la medicina de un estudiante deba conservarse o administrarse en la escuela, el Código de la Asociación para Educación en Texas requiere:
  - ❑ que la medicina esté en su envase original, rotulado con el nombre del estudiante, el de la medicina, instrucciones para administrarla y fecha al corriente. La medicina de receta debe tener en el membrete el nombre del doctor. El doctor debe estar autorizado en los EE. UU. La medicina sin receta debe tener el nombre del estudiante escrito a mano en el envase, y
  - ❑ una forma de permiso de los padres acompañada de instrucciones para administrarla que no se opongan a las del membrete de la medicina.
- Si hay un cambio en las instrucciones del membrete de la medicina, p.ej. en la dosis o en la frecuencia, los padres deben llenar una nueva forma de permiso, y un doctor debe dar una orden escrita a la enfermera escolar. Esta orden puede enviarse por fax a la escuela.
- Medicinas que no puedan identificarse o no estén aprobadas por la FDA no pueden darse en la escuela. Esto incluye medicinas de México, hierbas, medicina suelta en sobres o bolsitas, y diferentes clases de píldoras en un mismo envase.
- La escuela **NO** proporcionará ninguna medicina, ni siquiera Tylenol. Los padres deben enviar toda clase de medicinas.
- Para medicina de receta, pida al farmacéutico que prepare dos envases rotulados, marcando uno “PARA USO ESCOLAR”, de modo que haya un envase en el hogar y otro en la escuela.
- Si su estudiante va a un viaje de estudio y necesita la medicina estando fuera del plantel, sírvase procurar un envase vacío debidamente rotulado. La enfermera escolar pondrá en la botella, para el maestro(a), la cantidad necesaria de píldoras.
- Sírvase llamar a su enfermera escolar, si tiene alguna pregunta que hacer.



## Parent/Guardian Authorization of Medication at School



(Complete one form for each medication)

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_  
 School Name: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

When was the first dose of this medication given for this illness/condition? \_\_\_\_\_

Date and Time

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.
7. My child \_\_\_\_\_ **may/may not** carry the medication home when the school year ends.

Circle One

\_\_\_\_\_  
 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 Padres/Custodio legal para dar medicinas en la escuela

(Llene una forma para cada medicina)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**A la escuela deben enviarse solo las medicinas que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante, o que estén escritas en un IEP.** Los servicios de salud a niños y a estudiantes del AISD, lo mismo que el AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal, para dar medicinas en la escuela
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente membretado (nombre de la medicina, con su potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la receta, con licencia de Texas; fecha actual)
- En el membrete de la medicina deben estar 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 medicina para el mal o enfermedad actual **no puede darse en la escuela.**

Inhaladores asmáticos pueden auto-administrarse, si lo aprueba la enfermera escolar. Vea a su enfermera **escolar para información adicional y para forma de petición.**

**Por favor completar 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 la medicina: \_\_\_\_\_ Fecha para terminar la medicina: \_\_\_\_\_  
¿Cuándo se dio la primera dosis de esta medicina para esta enfermedad / padecimiento? \_\_\_\_\_  
Fecha y hora

1. Pido que la medicina antes dicha se dé en horas de escuela, como lo receta el médico de este estudiante. Pido también que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita; yo daré el aviso oportuno.
2. Libero de responsabilidad al personal de la escuela, si resultan reacciones adversas de tomar la medicina.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicina (cambio en la dosis, en horario, etc.).
4. Doy permiso de que la enfermera de la escuela se comunique con maestros(as) del estudiante sobre su estado de salud y la acción(es) de la medicina.
5. Doy permiso de que la enfermera de la escuela consulte al médico del estudiante sobre cualquier duda que se presente con respecto a la medicina mencionada o al padecimiento médico tratado por la medicina.
6. Doy permiso de que personal escolar capacitado administre la medicina, según lo delegue el Director(a).
7. Mi hijo(a) \_\_\_\_\_ **puede/no puede** llevar la medicina a la casa al acabar el año escolar.

Encierre en un círculo una de estas 2 cosas

\_\_\_\_\_  
Nombre de padres / custodio legal, en letra de molde      Teléfono de día      Teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
Firma de padres/custodio legal      Fecha      Relación con el estudiante

Revisado por RN _____	SHA _____ puede/ _____ NO puede administrar esta medicina
Date	
Nombre de RN en LETRA DE MOLDE: _____	Firma de RN: _____