

School Year: \_\_\_\_\_  
 School: \_\_\_\_\_

**MEDICATION RECORD**

Prescription     Non-prescription

Order good for up to end of one school year

\*\*\*Medication Expiration Date: \_\_\_\_\_\*\*\*

**PHYSICIAN AUTHORIZATION** (To be completed by the Physician)    **Student:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Dosage/Route \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ or for PRN, every \_\_\_\_\_ hours.

Reason medication is prescribed: \_\_\_\_\_ Start date: \_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_

Significant information/Instructions/Contraindications: \_\_\_\_\_

**Licensed Health Care Provider Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**DAILY MEDICATION LOG**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Aug.																															
Sept.																															
Oct.																															
Nov.																															
Dec.																															
Jan.																															
Feb.																															
Mar.																															
Apr.																															
May																															
June																															

\_\_\_\_\_  
 Initials Name    Initials Name    Initials Name

\_\_\_\_\_  
 Initials Name    Initials Name    Initials Name

School Nurse: \_\_\_\_\_ Review Date: \_\_\_\_\_

Acceptable Codes: AB=absent T=tardy SD=School Delay  
 ED=Early Dismissal NS=No School FT=Field Trip  
 NMS=No medication at school DC=Discontinue medication

Variance Codes: VO=Omitted Dose VW=Wrong Child  
 VD=Wrong dose/amount VM=Wrong medication  
 VT=Wrong Time VR=Wrong Route VS=Student Refused

PHOTO  
 HERE

**C. Parent Request for Medication to be given during school hours**

**Petición de los Padres para que se administre medicamentos a su hijo/hija durante las horas de clase**  
**(Padre/madre, por favor complete y entregue este formulario a la Oficina Principal de la escuela de su hijo/a)**

Yo doy permiso para que mi hijo/a, \_\_\_\_\_ reciba medicamento durante el horario escolar. Como padre/madre/tutor legal, yo asumo la responsabilidad por cualquier reacción adversa que este medicamento pueda causarle a mi hijo/a. Me comprometo a llevar a la escuela el medicamento prescrito en un envase debidamente etiquetado por un farmacéutico. Si es un medicamento sin receta médica lo entregaré a la escuela en el envase original, sellado y con el nombre de mi hijo/a escrito en el frasco o envase.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Número de Teléfono de casa

Número de Teléfono de su trabajo

Persona para llamar en caso de una emergencia

Número de Teléfono en caso de una emergencia

**AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA**

Doy permiso para que el/la doctor/a de mi hijo/a \_\_\_\_\_ envíe información médica confidencial, específica, del registro médico de mi hijo/a a la enfermera escolar o director/a de la escuela. Esta información será utilizada por el personal escolar para proveer servicios de cuidados de salud a mi hijo/a en la escuela.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Escuela Fecha Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

**AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR INFORMACIÓN MÉDICA POR FAX**

Doy permiso para que la escuela envíe esta documentación de medicamentos al doctor/a de mi hijo/a (si fuera necesario). Autorizo al doctor/a de mi hijo/a para envíe este formulario a la escuela. Entiendo que la escuela no puede garantizar la confidencialidad de la máquina de fax.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**D. Medication Check-In/Check Out Log – Lista de control de medicamentos**

Date Fecha	Medication/Dose Medicamento/dosis	Amount Received Cantidad recibida	Amount on Hand Cantidad actual	Received by (Signature) Recibido por (firma)	Signature of Witness Firma de testigo

**E. Medication Returned to Parent/Guardian**

Date	Medication (Nombre de medicament)	Amount (Cantidad recibida)	Parent/Guardian Signature (Firma de padre)	Signature of Witness (Firma de testigo)

**F. Medication Disposal/Destroyed Log (If not picked up) -- Lista de medicamentos destruidos/desechados (Si no se recogen)**

Date/ Fecha	Medication / Medicamento	Amount /cantidad	Signature of RN	Signature of Witness