School Year: 2023-24 MEDICATION RECORD Order good for up to end of one school year.

School: ☐ Prescription ☐ Non-prescription ***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																															

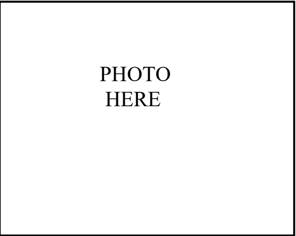
_____ Initials ______________ Name _____ Initials ______________ Name _____ Initials ______________ Name

_____ 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



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 medicacament)	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