

OVER THE COUNTER Medication Permission Form

Waynesboro Public Schools

School Year _____

NOTICE TO PARENTS: Medication MUST be in the original container and delivered to school designee by parent/guardian

Name of student (last, first, MI):	Attending School:	Date of Birth (mm/dd/yyyy):
Medication:	Purpose of medication:	
Dosage:	Time of administration:	
Route of Administration and Instructions:		
Adverse Reactions (if any):		
Start Date:	End Date:	
When medication listed above is administered, how do you want to be notified? <input type="checkbox"/> Note, <input type="checkbox"/> Phone Call, <input type="checkbox"/> Notification Not Required		

Medication:

Tylenol

Cough Drops

Allergy Meds

Advil/Ibuprofen

Cough Syrup

Topical

Other _____

PARENT/GUARDIAN: I hereby give permission for the school to administer the medication as prescribed above.

Signature-Parent/Guardian	Date:
Home Phone Number-Parent/Guardian	Parent/Guardian Email:

GUIDELINES FOR ADMINISTERING MEDICATIONS TO STUDENTS DURING THE SCHOOL DAY

We welcome your support in providing services to our students. When requesting administration of medications for school age children, kindly consider the following requests and policies:

1. Whenever possible, avoid medication administration during school hours
2. Schools are required to have appropriately labeled containers. These will be kept under lock and key in the school clinics.
3. Students are not allowed to transport medication on their person to and from school.

This form is only applicable to the medication listed above and only good for the current school year. A separate form is required for each medication.

(medpermisform)

Formulario de Permiso de administración de medicamentos de venta libre

Escuelas Públicas de Waynesboro

AVISO A LOS PADRES: El medicamento debe estar en su empaque original y entregado al designado escolar por el padre/guardián.

Nombre del estudiante (Apellido, Primer Nombre, IS):	Escuela a la que asiste:	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy):
Medicamento:	Propósito de la medicación:	
Dosis:	Tiempo de administración:	
Forma de administración e instrucciones:		
Reacciones adversas (si hay alguna):		
Fecha de inicio:	Fecha final:	
Cuando el medicamento enumerado anteriormente sea ministrado, ¿Cómo quiere ser notificado? <input type="checkbox"/> Nota, <input type="checkbox"/> Llamada telefónica, <input type="checkbox"/> No requiere notificación		
Firma del médico, enfermera(a) practicante, dentista :		

Medicamento:

Tylenol pastillas para la tos Medicina para alergia
Advil/ibuprofeno Jarabe para la tos Tópico Otra: _____

PADRE / GUARDIÁN: Por medio de la presente autorizo a la escuela a administrar el medicamento según lo prescrito anteriormente.

Firma del padre/guardián	Fecha:
Número de Teléfono (hogar) del padre/guardián:	Correo electrónico del padre/guardián:

DIRECTRICES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A LOS ESTUDIANTES DURANTE EL DÍA ESCOLAR

Agradecemos su apoyo para prestar este servicio a nuestros estudiantes. Cuando solicite que la escuela les administre un medicamento a los niños en edad escolar, por favor considere seguir las siguientes peticiones y políticas:

1. Siempre que sea posible, evite la administración de medicamentos durante el horario escolar
2. Las escuelas requieren tener los contenedores debidamente etiquetados. Éstos serán guardados bajo llave en las clínicas escolares.
3. Cualquier cambio de la prescripción requiere una nueva orden por escrito del médico que la prescribe.
4. Los estudiantes no están autorizados a traer y llevar los medicamentos a la escuela.

Esta forma sólo es aplicable a la medicina enumerada en la parte de arriba y sólo es válida por el año escolar actual. Se requiere un formulario separado para cada medicamento.

(medpermisform)