

**TILLAMOOK SCHOOL DISTRICT
MEDICATION AUTHORIZATION FORM**

Student: _____ Birthdate: _____ ID #: _____ School: _____ Grade: _____

PLEASE FILL OUT FOR ALL MEDICATIONS

Name of medication _____ Prescription number (unless OTC*) _____

Mg per tablet or teaspoon _____ Dosage to be given _____

Physician's name _____ Physician's phone number _____

Hours between doses _____ Amount in container _____

Given at home in the morning? _____ When _____

Time(s) to be given at school _____ Discontinue date _____

Reason for medication to be given at school: _____

Special Instructions _____ Expiration Date _____

Student carrying medication? _____

(Must have a parent's signature and a doctor's order to carry prescription medications.) *OTC=Over-the-counter medication

➤ **I have received and read the Medication Authorization Form Information for Parents _____ (parent initials)**

I hereby request and authorize school staff to give this medication in accordance with the instructions provided on the prescription label or OTC label. Staff cannot deviate from the directions provided on the label without a letter from the doctor. I understand that school staff will not be held liable for administering this medication. I authorize the school to release this information to appropriate staff members. **I also authorize the release and exchange of information with the physician regarding this medication.**

Date _____ Parent Signature _____ Home phone _____ Work phone: _____

Staff signature(s): _____

Medication Review/RN Signature: _____

TILLAMOOK SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID #: _____ Escuela: _____ Grado: _____

POR FAVOR LLENE ESE FORMULARIO PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS

Nombre de la medicina _____ Número de la receta (salvo OTC*) _____

Mg por tableta o cucharada _____ Dosis _____

Nombre del doctor _____ Teléfono del médico _____

Horas entre cada dosis _____ Cantidad en el envase _____

¿Se suministró en la mañana? _____ ¿Cuándo? _____

Horario para suministrar en la escuela _____ Fecha de discontinuación _____

¿Razón por la cual se suministra la medicina en la escuela? _____

Instrucciones especiales _____ Fecha de Expiración _____

¿El estudiante lleva consigo la medicina? _____

(*Se necesita la firma de los padres/tutor legal en el formulario de Auto Administración de Medicamentos, y la receta médica para llevar consigo medicinas recetadas.) * Medicinas adquiridas sin la necesidad de receta médica

➤ He leído y revisado la Información para los Padres del Formulario de Autorización Para Medicación _____ (iniciales del padre/madre)

Por la presente, solicito y autorizo al personal de la escuela para administrar este medicamento, de conformidad con las instrucciones proporcionadas. Entiendo que el personal del Distrito no será responsable por la dosis del medicamento de mi hijo(a) de acuerdo con las instrucciones descritas arriba. Autorizo a la escuela a entregar esta información a los miembros del personal apropiado. **También autorizo a dar e intercambiar información con el médico, relacionada a este medicamento.**

Fecha _____ Firma del padre _____ Teléfono en casa _____ Teléfono del trabajo _____

Staff signature(s): _____

Medication Review/RN Signature: _____
