



Georgetown ISD

Campus: _____
Nurse: _____
Phone: _____
Fax: _____

MEDICATION ADMINISTRATION PERMISSION FORM

Student Name: _____ DOB: _____

Medication Allergies: _____ No Known Drug Allergy

I request and authorize GISD to administer the medication(s) listed below according to the label and/ or physician instructions. I also understand that the registered school nurse may delegate any qualified/ trained GISD employee to administer medication(s).

A Medication Administration Form is valid for one school year. *** Please Note: All remaining medication(s) will be disposed of on the last day of school, or within 5 days after discontinued use.

Medication must be provided by the parent/ guardian in the original container, and cannot be expired. Prescription medication must have an up- to- date pharmacy label. A physician's signature is required for all prescriptions and all non- prescription medications that are to be given over 10 times in a single school year.

MEDICATION				
Medication	Condition for Which Medication is Given	Dosage/ Route	Time(s) to be Given/ Frequency	May Give AM Dose (Initial)

***** Changes in medication and/ or dosage requires a new physician's signature/ order.**

YES **NO**- I have instructed this student and give my permission for the self- carry of their emergency asthma and/ or anaphylactic allergy medication. (Check Applicable) Inhaler (MDI) Epi- Pen

Physician's Signature: _____ Printed Name: _____

Date: _____ Physician's Telephone: _____ Physician's Fax: _____

YES **NO**- I give permission for the school nurse to contact the above health care provider about the administration of my student's medication.

YES **NO**- I give permission for the school nurse to administer unassigned stock **Asthma** medication to my child who has a known asthma diagnosis in the case of respiratory distress.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Campus: _____
 Nurse: _____
 Phone: _____
 Fax: _____

Formulario de Permiso para la Administración de Medicamentos

Nombre del Estudiante: _____ DOB: _____

Alergias a Medicamentos: _____ Sin Alergia Conocida a Medicamentos

Solicito y autorizo a GISD a administrar los medicamentos enumerados a continuación de acuerdo con la etiqueta y/o las instrucciones del médico. También entiendo que la enfermera escolar registrada puede delegar a cualquier empleado calificado/ capacitado de GISD para administrar medicamentos.

Un formulario de administración de medicamentos es válido por un año escolar.. *** Tenga en cuenta: Todos los medicamentos restantes se desechará el último día de clases o dentro de los 5 días posteriores a la interrupción del uso.

El padre/ tutor debe proporcionar el medicamento en el envase original y no puede estar vencido. Los medicamentos recetados deben tener una etiqueta de farmacia actualizada. Se requiere la firma de un médico para todas las recetas y todos los medicamentos sin receta que se van a administrar más de 10 veces en un solo año escolar.

MEDICAMENTO				
Medicamento	Condición para la Cual se Administra el Medicamento	Dosis/ Via	Tiempo(s) a ser Dado/ Frecuencia	Puede Dar Dosis AM (Inicial)

***** Los cambios en el medicamento y/o la dosis requieren la firma/ orden nueva del médico.**

SI **NO**- He instruido a este estudiante y doy mi permiso para llevar consigo su medicamento de emergencia para el asma y/o la alergia anafiláctica. (Marque Aplicable) Inhalador (MDI) Epi- Pen

Firma de los Médicos: _____ Nombre Impreso: _____

Fecha: _____ Teléfono del Médico: _____ Fax de los Médicos: _____

SI **NO**- Doy permiso para que la enfermera se comunice con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente sobre la administración del medicamento de mi estudiante.

SI **NO**- Doy permiso para que la enfermera administre medicamentos para **el asma** que no hayan sido asignados a mi hijo que tiene un diagnóstico conocido de asma en caso de dificultad respiratoria.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



MEDICATION PROCEDURES

1. **No medication is provided by the school.**
2. Unless a health care provider has signed off on your student self-carrying their medication (asthma, epi pen, and/ or diabetic medication), all medication(s) must be kept in the school clinic, and must be administered by the school nurse, health assistant, or school employee.
3. **No medication will be sent home with a student.** Parents/ Guardians must pick up and drop off all medications, whether prescription or over the-counter.
4. Dispensing directions for OTC medications regarding age, dose and frequency will be strictly adhered to. Requests to alter the standard dosage or frequency on over-the-counter medication must be accompanied by a physician's written note and signature.
5. Prescription medication, both long- and short- term, must be in the original container and non-expired. It must be properly labeled in a prescription bottle/box with the student's name, medication name, directions for dispensing the drug, and written by a physician licensed to practice in Texas. All prescription medications will need a physician's signature.
6. Upon arrival at the school, all controlled substances will be counted and inventoried by the school nurse/ health assistant and the parent/ guardian. All medication inventoried will be signed off by both the school nurse/ health assistant and the parent/ guardian.
7. Narcotic pain medications prescribed for temporary medical conditions will not be stored or administered in the clinic.
8. A student may be allowed to self-administer inhaled asthma medication, an Epi-pen, or diabetes treatment ONLY if the following conditions have been complied with:
 - Written permission from the physician allowing the student to self-medicate/ treat.
 - The nurse has counseled the parent and the student on the school's inability to monitor the student's health condition during the school day while self-medicating or treating.
 - The student complies with all campus safety policies.
9. No district employee will administer herbal substances, anabolic steroids or dietary supplements except as prescribed by a physician if it is required by the IEP or Section 504 plan of a student with a disability. Reliable information must be given by the physician regarding the safe use of the product including side effects, toxicity, drug interactions and adverse effects.

*****In accordance with the Nurse Practice Act; Texas Administrative Code, Section 217.11, the Registered Nurse and the Licensed Vocational Nurse have the responsibility and authority to refuse to administer medications that, in the nurse's judgment, are contraindicated for administration to the student.*****



TRAMITES DE MEDICAMENTOS

10. La escuela no proporciona medicamentos.

11. A menos que un proveedor de atención médica haya autorizado que su estudiante lleve consigo sus medicamentos (medicamentos para el asma, epipen, y/o diabetes), todos los medicamentos deben guardarse en la clínica de la escuela y deben ser administrados por la enfermera de la escuela, asistente de salud, o empleado de la escuela.
12. **Ningún medicamento será enviado a casa con un estudiante.** Los padres/ tutores deben recoger y dejar todos los medicamentos, ya sean recetados o de venta libre.
13. Se seguirán estrictamente las instrucciones de la administración del medicamento de venta libre con respecto a la edad, la dosis y la frecuencia. Las solicitudes para modificar la dosis estándar o la frecuencia de un medicamento de venta libre deben ir acompañadas de una nota escrita y la firma de un médico.
14. Los medicamentos recetados, tanto a largo como a corto plazo, deben estar en su envase original y no estar vencidos. Debe estar debidamente etiquetado en una botella/ caja de prescripción con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, las instrucciones para administrar el medicamento y escrito por un médico con licencia para ejercer en Texas. Todos los medicamentos recetados necesitarán la firma de un médico.
15. Al llegar a la escuela, todas las sustancias controladas serán controladas e inventariadas por la enfermera escolar/ asistente de salud, y el padre/ tutor. Todos los medicamentos inventariados serán firmados por la enfermera escolar/ asistente de salud y el padre/ tutor.
16. Los analgésicos narcóticos recetados para condiciones médicas temporales no se almacenarán ni administrarán en la clínica.
17. Se le puede permitir a un estudiante que se auto- administre un medicamento inhalado para el asma, un epipen, o un tratamiento para la diabetes SOLAMENTE si se han cumplido las siguientes condiciones:
 - Permiso por escrito del médico que permite al estudiante automedicarse/ tratar se.
 - La enfermera ha asesorado a los padres y al estudiante sobre la incapacidad de la escuela para monitorear la condición de salud del estudiante durante el día escolar mientras se automedica o trata.
 - El estudiante cumple con todas las políticas de seguridad del campus.
18. Ningún empleado del distrito administra sustancias a base de hierbas, esteroides anabólicos, o suplementos dietéticos, excepto según lo prescrito por un médico si así lo requiere el IEP o el plan de la Sección 504 de un estudiante con una discapacidad. El médico debe brindar información confiable sobre el uso seguro del producto, incluidos los efectos secundarios, la toxicidad, las interacciones medicamentosas y los efectos adversos.

***** De acuerdo con la Ley de Práctica de Enfermería, Código Administrativo de Texas, Sección 217.11, la enfermera registrada y la enfermera vocacional con licencia tienen la responsabilidad y la autoridad de negarse a administrar medicamentos que, a juicio de la enfermera, están contraindicados para administrar al estudiante.*****