

Cashmere School District - Authorization for *MEDICATION* at School

Student Name:	DOB:	Grade:
----------------------	-------------	---------------

THIS PORTION MUST BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN / DENTIST

<i>Name of Medication</i>	<i>Dosage</i>	<i>Route</i>	<i>Time of Day</i>	<i>Time Interval if PRN</i>

Student 1) MUST carry inhaler or medication on his/her person? YES NO **and** 2) Student has been instructed on inhaler use by the HCP and is capable of self-administration of medication YES NO
Initial of HCP

Reason for medication to be given during school hours _____

Anticipated action _____

Possible side effects of medication _____

Emergency procedure in case of serious side effects _____

Medications student is allergic to _____

Does student take any medication at home that prevents serious health risks? YES NO

If yes, please describe: _____

I request and authorize the above named student be administered this medication according to the instructions indicated above from ___/___/___ to ___/___/___ as there exists a valid health reason which makes the administration of the medication advisable during school hours or during such time the student is under the supervision of school officials. Such medication may be administered by medication trained school personnel.

Print Name: _____ LHCP Signature: _____

Telephone: _____ Office Fax: _____ Date: _____

Please Note: *If samples of medication are given, they must be labeled with the name of the student, dosage and time to be given. RCW 28A.210.260*

ESTA PORCION DEL FORMULARIO DEBE COMPLETARSE POR EL PADRE/MADRE/TUTOR

Certifico que soy el padre/madre o el tutor legal que tiene control legal del estudiante identificado anteriormente, solicito y autorizo a la escuela la administración del medicamento indicado anteriormente al estudiante identificado anteriormente según la receta o las indicaciones del médico, durante el periodo de ___/___/___ a ___/___/___ (sin exceder el año escolar).

Entiendo la poliza del distrito con respecto a la administración de medicamentos en la escuela y estoy de acuerdo con su contenido. Los medicamentos deben estar en su recipiente original y deben tener una etiqueta con las instrucciones de como se administrará en la escuela. Entiendo que el personal de la escuela hará todo lo possible por administrar el medicamento en el momento debido y acepto que aveces las dosis del medicamento se pueden retrasar u omitir debido a conflictos con el horario del estudiante u otras responsabilidades del personal de la escuela. Doy mi consentimiento para permitir que el estudiante identificado anteriormente reciba atención médica u hospitalaria adicional en caso de una emergencia. Doy mi consentimiento para que el personal del Distrito Escolar intercambie información con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente y con el personal de la escuela relacionado con el estudiante identificado anteriormente durante el año escolar.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____ Celular _____ Otro teléfono _____
 Student has demonstrated to school nurse correct administration of inhaler: (school nurse signature) _____