



School District of Monroe

CONSENT for PRESCRIPTION MEDICATION (for all schools)

Please complete both sections.

STUDENT NAME: _____ BIRTHDATE: _____

GRADE: _____ HOME ROOM: _____ SCHOOL: _____

* This form will need to be completed on an **annual** basis if your child receives daily medications at school.

FOR COMPLETION BY PHYSICIAN or HEALTH CARE PROVIDER

Medication	Dosage	Time or Frequency
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Side Effects: _____

Diagnosis Code for billing students with Medicaid and an IEP: _____

PHYSICIAN/ PROVIDER SIGNATURE: _____ DATE: _____

Clinic Address: _____ Phone: _____

FOR COMPLETION BY PARENT

I give my permission to give the above medication(s) as directed and or communicate with the provider(s) if necessary.

I authorize trained staff to administer this medication at school and if the need arises the school nurse can communicate with the physician/health care provider as necessary regarding this medication. I authorize health personal under HIPPA and FERPA to communicate health information on a need to know basis. This allows for conversation with administration per district nurse and as necessary with teaching and support staff.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

>Medication **MUST** be in the original prescription bottle.

>The label must be current with student's name, medication and date.

>Dosage changes require written notice with provider and parent signature.



Escuela Distrito de Monroe
CONSENTIMIENTO para MEDICAMENTOS RECETADOS
(para todas las escuelas)

Por favor, complete ambas secciones.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

GRADO: _____ HABITACIÓN DE CASA: _____ ESCUELA: _____

* Este formulario deberá completarse **anualmente** si su hijo recibe medicamentos diarios en la escuela.

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO o EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Medicación	Dosificación	Tiempo o frecuencia

Efectos secundarios: _____

Código de diagnóstico para facturar a los estudiantes con Medicaid y un IEP: _____

FIRMA DEL MÉDICO/ PROVEEDOR : _____ FECHA: _____

Dirección de la clínica: _____ Teléfono: _____

PARA COMPLETAR POR EL PADRE

Doy mi permiso para dar los medicamentos anteriores según las indicaciones y/o comunicarme con el proveedor(es) si es necesario.

Autorizo al personal capacitado a administrar este medicamento en la escuela y, si surge la necesidad, la enfermera de la escuela puede comunicarse con el médico / proveedor de atención médica como destinatario con respecto a este medicamento. Autorizo al personal de salud bajo HIPPA y FERPA a comunicar información de salud sobre la base de la necesidad de saber. Esto permite la conversación con la administración por enfermera del distrito y, según sea necesario, con el personal docente y de apoyo.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR : _____ FECHA: _____

Home Teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____

- >La medicación DEBE estar en el frasco original de la receta .
- >La etiqueta debe estar actualizada con el nombre, el medicamento y la fecha del estudiante.
- >Los cambios de dosis requieren un aviso por escrito con la firma del proveedor y de los padres.