

# Escuelas Públicas de Norman

## Requisitos para Solicitud de Medicamento y Consentimiento

Si es necesario dar un medicamento durante el horario escolar se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Los medicamentos no se administrará en la escuela o durante actividades patrocinadas por la escuela sin un Formulario de Solicitud de Medicamento y Consentimiento para el año en curso completado correctamente y firmado por el padre o guardián legal.
- Medicamentos recetados deberán ser ordenados por un Medico Licenciado/Dentista y *se consede el permiso* para el intercambio de comunicación verbal y/o escrita entre el personal de la escuela y el médico/dentista prescriptor con respecto a este medicamento.
- Los medicamentos de la prescripción deben ser traídos a la escuela en el envase original con la etiqueta de la farmacia actual intacta. La etiqueta debe tener el nombre del estudiante, nombre del medicamento, la dosis y la hora que debe darse. El Doctor que ordeno el medicamento DEBERA completar y firmar con fecha incluida el formulario de Medicamento y Consentimiento. Si el medicamento *no* está etiquetado correctamente o no concuerda con las instrucciones del formulario, *no* se dará.
- El padre/guardián puede pedir al farmacéutico un envase separado etiquetado sólo para la dosis del horario escolar.
- Los medicamentos de venta libre deberán estar en el envase original *sin abrir* . El nombre del estudiante debera estar escrito en la caja / botella, la dosis y la frecuencia que se indique deberá ser consistente con las instrucciones de la etiqueta.  
\*\*\*\*\* La medicación *no puede* y *no será* aceptada en bolsas o sobres \*\*\*\*\*
- Para la seguridad de los estudiantes, se recomienda que el padre/guardián traiga el medicamento a la escuela y lo entregue directamente al personal de Servicios de Salud.
- La escuela no puede enviar medicamentos a la casa con los estudiantes.
- Al final del año escolar cualquier medicamento restante deberá ser recogido por el padre/guardian cualquier dia hasta el ultimo dia de clases, si no lo recogen, será destruido.
- Al firmar el Formulario de Solicitud de Medicamento y Consentimiento, el padre/guardian de custodia legal entiende que bajo la ley estatal de la Junta de Educación, el Distrito de Escuelas Públicas de Norman N o 29, o empleados del Distrito no se haran responsables de los daños civiles o personales corporles causados al estudiante o padres/guardians que deriven de los actos de omisiones y/o los efectos adversos de esta medicación del estudiante.
- El padre/guardián se compromete a proporcionar la medicación y las indicaciones relacionadas con la administración de medicamentos por su propia cuenta.
- El padre/guardián notificará con prontitud a la escuela de cualquier cambio en la administración de este medicamento y proporcionara a la escuela con la nueva botella de la receta y el orden médico. Cambios por escrito o verbales por parte de padre/guardián *no podran* ser aceptados.

# Norman Public Schools Medication Request and Release Form

2018-2019

Student: \_\_\_\_\_ Student Birth Date: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

**OVER-THE-COUNTER MEDICATION TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN**

Fill out and return to school with a **New Unopened Container** of age and dose appropriate medication.

Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_  
 Purpose: \_\_\_\_\_ Time(s) to be administered: \_\_\_\_\_  
 Dates to be given: \_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_  
 Special Instructions: \_\_\_\_\_

**PRESCRIPTION MEDICATION MUST BE COMPLETED BY PRESCRIBING PHYSICIAN**

Norman Public Schools discourages the administration of medication to students in school if possible. Medication label and Medication Request and Release must match. This form will only be valid for the current school year. A new form is required yearly.

**PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION**

Medication: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_  
Trade Name AND Generic Name

Dosage: \_\_\_\_\_ Time(s) to be given at School: \_\_\_\_\_

Method of Administration: ORAL Liquid Tablet Inhaler DROPS Eye R L Ear R L

TOPICAL:  Apply where \_\_\_\_\_ OTHER  \_\_\_\_\_

Effective Dates: From \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ To \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Possible Side Effects: \_\_\_\_\_  
Signs and Symptoms

If Medication is PRN (as needed), please specify: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Frequency of Administration Can Medication be Repeated?  Yes  No How Many Times? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Physician's/Provider Name (Please Print) Physician or Representatives Signature Physician's/Provider Phone Date

**\*\*SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION\*\*  
 AUTHORIZATION/APPROVAL**

Provisions under 70 O.S. 1984, Section 1-1163, allow students to self-administer prescribed asthmatic, diabetic, or allergic medication. Approval to self-administer medications must be authorized by the prescribing physician. **The parent or guardian of the student is to provide the school an emergency supply of the student's medication.**

I have instructed \_\_\_\_\_ in the proper use of his/her medication and it is my professional opinion that this student is capable of self-administration, of the above medication, and should be allowed to carry and use the medication by himself/herself.

\_\_\_\_\_  
 Physician's Signature Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN**

**I have read the Request and Release Requirements for medication administration (on the reverse side of this form) and I hereby request and authorize Norman Public Schools personnel to administer this medication as directed. I agree to release, indemnify, and hold harmless Norman Public Schools and any of their officers, staff members, or agents from lawsuit, claim, demand, or action against them for administering medication to this student. I understand that *permission is granted* for exchange of verbal and/or written communication between the school staff and the prescribing physician/dentist regarding this medication. I also understand that any remaining medication must be picked up by legal parent/guardian on or before the last day of school or the medication will be destroyed.**

\_\_\_\_\_  
 Signature of Legal Parent/Guardian Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Contact Phone \_\_\_\_\_

Retention: Student Health File – Permanent