**MEDICATIONS AT SCHOOL**

School employees may administer medication to students when absolutely necessary. The need for medicine to be given at school should be if the instruction requires **dosage of 4 times a day** (every 6 hours) or specific orders from the student’s doctor. **Alternate arrangements** should be made for other medicine.

The following guidelines should be carried out when medicine is brought to the school office.

A. **MEDICINE**:

1. Prescription medicine
	1. **MUST** be in the original prescription container for the specific child.
	2. Labeled
2. Current date
3. Child’s name
4. Name of medication
5. Specific instructions
6. Doctor’s name
7. Teacher’s name
8. Non prescription medicine
	1. Original container
	2. Student and teacher’s name on container

B. **PERMISSION:**

1. Parent or guardian
	1. Written permission to give medicine at school.
	2. The amount to be given. Dosage must agree with manufacturer’s recommendation.
	3. Time to be given.
	4. Allow a photograph of my child to be attached to this document for purposes of identification.

**Narcotic medicine, or medicine containing narcotics, will not be administered at school for the safety of the child.** Example: medication with codeine. If the registered nurse at school should question the administration of any particular medication as excessive or potentially harmful, the parent will be contacted.

I give permission for \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ to be administered to:

 (Name of medication)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**by the school personnel. This is to be administered at:

 (Student Name)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (time)

**Daytime phone #** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Allergies: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parent’s signature Date Teacher Grade**

FOR SCHOOL USE ONLY

Rx#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medication Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pharmacy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Directions:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICINAS EN LA ESCUELA**

Empleados de las escuelas pueden dar medicinas a los estudiantes cuando es absolutamente necesario. La medicina se dara en la escuela solamente cuando se tiene **que tomar cuatro veces al dia** (cada seis horas) o cuando tenemos ordenes directamente del medico. **Tienen que hacer arreglos sobre otras medicinas.**

Las siguientes reglas se usaran cuando medicinas son presentadas en la oficina de la escuela.

**A. MEDICINAS**

1. Medicinas Recetadas
	1. Tiene que venir en su envase de la farmacia para el niño en particular
2. Fecha al corriente
3. Nombre del niño/a
4. Nombre de la medicina
5. Instrucciones
6. Nombre del medico
7. Nombre de el maestro/a
8. Medicina sin receta
	1. Envase original
	2. Nombre del estudiante y maestro/a en el envase

B. **PERMISO**

1. Padre o Tutor
	1. Nota escrita dando permiso para dar la medicina durante la escuela
	2. Cuanto darle. La medida tiene que corresponder con lo que es recomendado por la compañia que fabrica la medicina.
	3. Indicar el horario para darse.
	4. Permitir que se adjunte una fotografía de mi hijo a este documento con fines de identificación.

**Medicinas narcoticos o medicinas que contienen narcoticos no se daran en las escuelas por la seguridad de los niños. Por ejemplo: medicina con codeine**. Si la enfermera registrada de la escuela tiene dudas sobre la cantidad que se le debe de dar al niño, la escuela se comunicara con usted por el bien del niño/a.

Yo doy mi permiso para que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sea administrada a

 **(nombre de medicina)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la escuela. Esta medicina se tiene que dar a las

 **(nombre del estudiante)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **(horario)**

**Numero deTelefono (Día)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del padre o Tutor Fecha Maestra(o) / Grado**

**Uso para la escuela:**

Rx#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medication Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pharmacy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Directions:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_