

**STAFFORD TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT
PERMISSION TO ADMINISTER MEDICATION AT SCHOOL**

SECTION 1 – TO BE COMPLETED BY A DOCTOR/HEALTHCARE PROVIDER

STUDENT NAME: _____ GRADE: _____

DIAGNOSIS (purpose for administration of medication): _____

MED ORDERS: The appropriate individuals as listed in Section 2 shall administer medication as follows:

Name of Medication: _____

Timing/Dosage: _____

Possible side effects: _____

Duration/End date: _____

ADDITIONAL MED ORDERS (if applicable): The appropriate individuals as listed in Section 2 shall administer medication as follows:

Name of Medication: _____

Timing/Dosage: _____

Possible side effects: _____

Duration/End date: _____

This order is valid for the above determined duration but no longer than the _____ school year.

I hereby certify that the above information is accurate. I further certify that the above named pupil is physically fit to attend school and is free of contagious disease. Finally, I certify that if this medication was not administered during school hours, the above named pupil would not be able to attend school.

SIGNATURE OF PHYSICIAN/HCP

DATE

OFFICIAL STAMP OF PHYSICIAN/HCP
(including address, phone and fax number)

**STAFFORD TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT
PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

SECCIÓN 1: PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO / PROVEEDOR DE SALUD

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

DIAGNÓSTICO (propósito para la administración de medicamentos): _____

ÓRDENES MED: Las personas apropiadas que se enumeran en la Sección 2 administrarán los medicamentos de la siguiente manera:

Nombre de la medicación: _____

Tiempo / Dosis: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Duración / Fecha de finalización: _____

ÓRDENES DE MEDIO ADICIONALES (si corresponde): Las personas apropiadas que se enumeran en la Sección 2 administrarán los medicamentos de la siguiente manera:

Nombre de la medicación: _____

Tiempo / Dosis: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Duración / Fecha de finalización: _____

Esta orden es válida por la duración determinada anteriormente, pero no mayor que el año escolar _____.

Por la presente certifico que la información anterior es precisa. Además certifico que el alumno mencionado anteriormente es físicamente apto para asistir a la escuela y está libre de enfermedades contagiosas. Finalmente, certifico que si este medicamento no se administrara durante las horas escolares, el alumno mencionado anteriormente no podría asistir a la escuela.

FIRMA DEL FISICO / HCP

FECHA

SELLO OFICIAL DE MEDICO/OFICINA
(dirección, número de teléfono y fax)

**STAFFORD TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT
PARENT PERMISSION TO ADMINISTER MEDICATION AT SCHOOL**

SECTION 2 - TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

I, _____ (parent/guardian), hereby give permission to the SCHOOL NURSE to administer the above medication to _____ (pupil's name).

By signing this form, I acknowledge and agree:

- 1) That I have received and carefully reviewed Policy 5330 and Regulation 5330;
- 2) That I have been informed in writing that the Stafford Township School District shall incur no liability as a result of any injury arising from the administration of this medication to my child.
- 3) That I shall indemnify and hold harmless the District and its employees or agents against any injury or claims that may arise as a result of the administration of this medication.
- 4) That I am aware that if I desire to withdraw permission for any designee to administer medication, I must do so in writing.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN

DATE

Once completed, please make arrangements with the school nurse to drop off this form and your child's medication. The school nurse shall then review this form and forward to the Principal for completion. Please be advised that students cannot self-carry medication into school for delivery.

SECTION 3 – AUTHORIZATION - TO BE COMPLETED BY DISTRICT PERSONNEL

By signing this form, I acknowledge that I have received and reviewed all sections of this form and give my approval for administration of medication as set forth herein.

SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL

DATE

SIGNATURE OF SCHOOL NURSE

DATE

Once completed, the school nurse shall forward appropriate information to the Superintendent's office.

**STAFFORD TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT
PERMISO DE PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

SECCIÓN 2 - PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR

Yo, _____ (padre / madre / tutor), por la presente doy permiso a la ENFERMERA DE LA ESCUELA para administrar el medicamento anterior a _____ (nombre del alumno).

Al firmar este formulario, reconozco y acepto:

- 1) Que he recibido y revisado cuidadosamente la Política 5330 y el Reglamento 5330;
- 2) Que se me informó por escrito que el Distrito Escolar del Municipio de Stafford no incurrirá en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la administración de este medicamento a mi hijo.
- 3) Que indemnizaré y no haré daño al Distrito ni a sus empleados o agentes contra cualquier lesión o reclamo que pueda surgir como resultado de la administración de este medicamento.
- 4) Que soy consciente de que si deseo retirar el permiso para que cualquier persona designada administre medicamentos, debo hacerlo por escrito.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FECHA

Una vez completado, haga arreglos con la enfermera de la escuela para dejar este formulario y los medicamentos de su hijo. La enfermera de la escuela deberá revisar este formulario y enviarlo al Director para que lo complete. Tenga en cuenta que los estudiantes no pueden llevar medicamentos a la escuela para el parto.

SECCIÓN 3 - AUTORIZACIÓN: PARA SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL DISTRITO

By signing this form, I acknowledge that I have received and reviewed all sections of this form and give my approval for administration of medication as set forth herein.

SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL

DATE

SIGNATURE OF SCHOOL NURSE

DATE

Once completed, the school nurse shall forward appropriate information to the Superintendent's office.