

**Finley School District
 Authorization for Administration
 Of Medication at School**

**Elem. School Phone: 586-7577 Fax: 586-8239
 Middle School Phone: 586-7561 Fax: 582-8452
 High School Phone: 582-2158 Fax: 586-9297**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de cumpleaños: _____

Escuela: _____ Grado: _____

THIS PORTION TO BE COMPLETED BY THE PRIMARY CARE PROVIDER ONLY

Name of Medication	Dosage	Methods of Administration	Time of Day to Be Taken
_____	_____	_____	_____

If given as needed, specify the length of time between doses _____

Reason for medication to be given at school: _____

Anticipated action: _____

Is this condition considered life-threatening? Yes ___ No ___

Indicate if student may carry Inhaler or Epi-pen on his/her person: Yes ___ No ___

Student is capable to self-administer medication: Yes ___ No ___

Possible side effects of medication _____

Emergency procedure in case of serious side effects _____

I request and authorize that the above-named student be administered or self-administer the above identified medication in accordance with the instructions indicated above from

_____ to _____ (not to exceed current school year) as there exists a valid health reason which makes administration of the medication advisable during school hours.

 Date

 Primary Care Provider's Signature

Telephone Number (____) _____

Name _____

Print or type

Please note: If samples of medication are to be given, they must be labeled with the name of the student, dosage, and time to be given.

Padre'/Guardián para Completar

Solicito/autorizo a la escuela para administrar la medicación al estudiante arriba identificado de acuerdo con las instrucciones del doctor para el _____ del período al _____ (no exceder año escolar actual). Entiendo que cada esfuerzo será hecho por el personal de la escuela de administrar la medicación en la mejor manera oportuna. Entiendo que la enfermera puede comunicarse con el proveedor de antedicho referente a esta orden. **Si he dado el permiso para que mi niño lleve y uno mismo administre sobre medicaciones, me reconozco no he leído y convengo con procedimiento numero #3419 (auto administración del asma y de las medicaciones de Anaphylaxis), veo el dorso.**

Permiso de cargar su propio inhalador o Epi-pen _____ Si _____ No

Permiso de mismo-administrar su medicina _____ Si _____ No

En los días de salidas tempranas, Yo pido que se le su medicina: _____ Yes _____ No

 Fecha

 Firma de Padre/Guardián

Numero de Teléfono: (____) _____ (hogar) (____) _____ (celular) (____) _____ (trabajo)