

# HALL COUNTY SCHOOL SYSTEM

Gainesville, Georgia

Teacher / Grade \_\_\_\_\_

School Year: \_\_\_\_\_

## PARENT/GUARDIAN MEDICATION PERMISSION FORM

(This form must be completed before a parent-prescribed, self-prescribed, or doctor-prescribed medication can be taken by a student at school.)

Dear Parent/Guardian,

The school has received a request from you that \_\_\_\_\_ is taking medication and will need to take it during school hours. We request that you fill out this form for your child and keep us updated on medication dosage and/or treatment changes.

We also ask for your assistance in helping us with the large amount of medication that is being taken by students during school hours. We request that if the medication can be taken at home instead of during school hours that the parent/guardian be encouraged to do so.

Medication will only be given if it is **delivered to the school in the original bottle**, marked with the student's name, dosage, the time to be administered, Health Care Provider name, pharmacy name, and date of purchase. Parents must deliver medication to the school. For safety reasons, do not send medications in student book bags. Please read the reverse side of this form.

Your assistance with this is greatly appreciated. Thank you.

<b>Student's Name:</b> _____	<b>Birthdate:</b> _____	<b>Grade:</b> _____	<b>School:</b> _____
Illness requiring medication: _____			
Name of medication to be given to this student: _____			
Dosage to be given: _____	Time to be given/directions: _____		
Route to be given: _____	How many days is medicine to be given?: _____		

Prescribing Health Care Provider's (Doctor, Dentist, etc.) Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Health Care Provider's Phone #: \_\_\_\_\_

List possible (significant) side effects of this medication: \_\_\_\_\_

Allergies of student: \_\_\_\_\_

Other Information / Comments: \_\_\_\_\_

### STATEMENT OF PARENT/GUARDIAN

I hereby release and discharge the Hall County Board of Education, the Hall County Board of Health, and its employees and officials, from any and all liability in case of accident or any other mishap in supervising/assisting with said medication due to any side effects, illness, or other injury which might occur to my child through supervising/assisting with said medication, and I hereby release said aforementioned officials from any liability because of any injury or damage that might occur.

Permission is hereby granted to the principal or his/her designee to supervise/assist my child in taking the indicated medication. I understand that a concerted, reasonable effort will be made to administer the medication listed above. (See reverse side for guidelines for all medication administration.)

I give the above mentioned personnel permission to contact my child's health care provider, if necessary, to acquire medical information concerning my child's diagnosis, medication, and other treatment(s) required. For lifesaving emergency medications, I give permission for school staff on a "need to know" basis be trained on administration of this medication for my child.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

Work Phone #: \_\_\_\_\_ Home Phone #: \_\_\_\_\_

Cell Phone #: \_\_\_\_\_

## **PARENT INFORMATION REGARDING ALL MEDICATION ADMINISTRATION:**

1. Medications received at school in unlabeled bottles, pills in zip-lock baggies and aluminum foil **WILL NOT** be administered.
2. Non-prescription medications (over-the-counter) must be brought to the school in a **NEW UNOPENED ORIGINAL** container along with a written parental request that includes parent contact phone number and directions for administering that states the frequency, dose and length of administration.
3. Prescription medications must be brought to the school in the **ORIGINAL** prescription container (dated for current month) labeled with the student's name, date prescribed, instruction for administering, name of drug, name of issuing Health Care Provider, expiration date, and route medication is to be given.
4. Parents are urged to give medications at home unless prescribed during school hours. Medications prescribed once, twice, or three times a day can be administered at home unless *specifically* prescribed during the school day. Once a day morning medications should be administered at home prior to the school day. Due to safety reasons, the school/clinic will no longer accept 'back up' doses to administer in the event the morning med is not taken at home. The parent/guardian is responsible for bringing the missed dose to school.
5. Schools will dispense medication only as directed on the **ORIGINAL** prescription labeled container. **It is the responsibility of the parent/guardian** to notify the school if changes in the medication, dosage, and/or time of administration are requested, **AND** a new **ORIGINAL** container must be provided.
6. For **ALL** medications to be administered for more than 10 school days (Long Term), the parent/guardian must provide specific instructions, including related equipment needed if necessary, on the a "Parent/Guardian Medication Permission Form" and the "Health Care Provider Medication Permission Form."
7. **It is the responsibility of the parent/guardian** to inform the school, in writing, of any changes in pertinent data. A new "Parent/Guardian Medication Permission Form" must be provided indicating changes.
8. **It is the responsibility of the parent/guardian** to deliver **ALL** medication directly to the principal's office or other designated school personnel. It is a violation of the Student Code of Conduct for students to transport medications to school without permission to self carry on file.
9. A "Parent/Guardian Medication Administration Record" **and**, if pertinent, a "Health Care Provider Medication Information Record," shall be kept relative to each medication taken by the student during the school day. This record will include student's name, date, and name of medication, time, and signature of school personnel who supervised and/or assisted said medication administration.
10. Long-term medications usually need to be refilled on a monthly basis. **It is the responsibility of the parent/guardian** to keep the school supplied with adequate amounts of medication.
11. If your child takes a daily controlled medication, for safety and security reasons, please bring only a **30 day supply per month**. Please bring the bottle with a RX label written in ENGLISH dated or the current month. If the prescription calls for a dosage of one and one half pills, please break the pills in half before bringing the bottle to school.
12. Upon receipt at school, all controlled medications must be counted by the parent/guardian and the school nurse (or designee) with the amount received properly documented. Once meds are received and counted, they are considered in school custody and are to stay in the clinic until the last day of school or withdrawal.
13. Parents or legal guardians are responsible for picking up unused medication at the end of the school year or when the student withdraws from a State School. School staff will destroy any medications remaining at school after the end of the school year.
14. Parents or legal guardians are responsible for quality control checks of any medical devices used at school (examples include: glucometer, continuous glucose monitoring devices, etc.)

**FORMULARIO DE PERMISO DE PADRES/TUORES PARA ADMINISTRAR MEDICINA**  
**PARENT/GUARDIAN MEDICATION PERMISSION FORM**

(Este formulario debe ser completado **antes** de que la escuela pueda administrar medicamentos a un estudiante, los cuales hallan sido prescrito por usted, auto-prescrito o prescrito por el doctor.)

Estimado Padre/ Tutor:

La escuela ha recibido su petición de que \_\_\_\_\_ esta tomando medicamentos y que necesitará tomarlos en la escuela. Nosotros requerimos que usted llene este formulario concerniente al niño(a) ya mencionado y de que nos mantenga al día con las dosis de medicamentos y/o cambios en el tratamiento.

Nosotros también pedimos su asistencia en ayudarnos con la gran cantidad de medicamentos que son administrados en la escuela. Nosotros requerimos que si hay algún medicamento que se pueda dar en la casa en lugar de dársele en la escuela el padre/tutor pueda hacerlo.

Los medicamentos solo serán administrados si son **enviados a la escuela en el empaque original**, marcado con el nombre del estudiante, la dosis, la hora en la cual se debe tomar, nombre del Doctor, nombre de la farmacia y fecha de compra. Los padres deben traer la medicina a la escuela. Por cuestión de seguridad no envíe medicamentos en la mochila de su hijo(a). Por favor lea la información que se encuentra al reverso de este formulario.

Su colaboración es muy apreciada. Muchas Gracias.

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_ **Escuela** \_\_\_\_\_

**Enfermedad que requiere el medicamento:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la medicina que se le dará a este estudiante:** \_\_\_\_\_

**Dosis que se le dará:** \_\_\_\_\_ **Hora/intrusiones:** \_\_\_\_\_

**Manera de proporcionar el medicamento:** \_\_\_\_\_ **¿Por cuantos días?:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor (Doctor, dentista, etc.):** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **# de teléfono del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Describa los posibles (significantes) efectos secundarios del medicamento:** \_\_\_\_\_

**Alergias del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Otra información/Comentarios:** \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL PADRE/ TUTOR**

Por la presente yo exonero y libero al Consejo de Educación del Condado de Hall, al Consejo de Salud del Condado de Hall, a sus empleados y oficiales, de cualquier y toda responsabilidad en caso de accidente u otro contratamiento que le pueda ocurrir a mi hijo(a) durante la supervisión de dicho medicamento debido a cualquier efecto secundario, enfermedad, o cualquier otro daño. Por la presente exonero a las personas mencionadas anteriormente de cualquier culpa por daños o accidentes que puedan ocurrir.

Doy permiso por la presente al director o la persona por él designada para supervisar o administrar la medicina a mi hijo(a). Entiendo que se hará un esfuerzo concertado para administrarle la medicina especificada arriba. (Vea la información que se encuentra al reverso de este formulario).

También doy permiso al personal mencionado de contactar al doctor o proveedor de los servicios médicos de mi hijo(a) si es necesario adquirir información concerniente a la diagnosis, medicamento u otros tratamientos necesarios. Yo doy permiso para que el personal de la escuela "que necesite saber" sobre la administracion del medicamento para mi hijo/a sea entrenado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ # de Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PARA PADRES SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE TODOS LOS MEDICAMENTOS:

1. Los medicamentos recibidos en la escuela en frascos sin etiquetas, pastillas en bolsitas zip-lock o papel de aluminio **NO SERÁN** administrados.
2. Los medicamentos que no sean recetados (medicamentos comprados sin recetas) deben ser traídos a la escuela en el envase **ORIGINAL**, junto a una solicitud escrita por los padres que incluya el número de teléfono de contacto de los padres y las indicaciones para la administración que indique la frecuencia, dosis y duración de la administración
3. Los medicamentos recetados deben ser traídos a la escuela en el envase **ORIGINAL** (con fecha del mes actual) etiquetado con el nombre del estudiante, fecha de la prescripción, instrucción de administración, nombre del medicamento, nombre del médico que dio la receta, fecha de vencimiento y vía de administración del medicamento.
4. Se pide a los padres a dar los medicamentos a sus hijos en casa a menos que se los hayan recetado para tomarlos durante el horario escolar. Los medicamentos recetados una, dos o tres veces al día se pueden administrar en casa a menos que se receten *específicamente* durante el día escolar. Los medicamentos que se hayan recetado para tomar una vez al día en las mañanas deben administrarse en casa antes del día escolar. Por razones de seguridad, la escuela/clínica ya no aceptará dosis de "reserva" para administrar en caso de que el medicamento de la mañana no se tome en casa. El padre/tutor es responsable de traer la dosis omitida a la escuela.
5. La escuela dará el medicamento solo como se indica en el envase etiquetado **ORIGINAL**. **Es responsabilidad del padre/tutor** de notificar a la escuela si se solicitan cambios en el medicamento, las dosis y/o el tiempo de administración y **UN** contenedor nuevo **ORIGINAL** debe ser proporcionado.
6. Para **TODOS** los medicamentos que serán administrados por más de 10 días escolares (a largo plazo), los padres/tutores deben proporcionar instrucciones específicas, incluyendo equipos necesarios si se necesitan, al llenar el "Formulario para Padres/Tutores de Permiso de Medicamento" y pedirle al proveedor de cuidado de salud completar el "Formulario para el Proveedor de Cuidado de Salud para Permiso de Medicamento."
7. **Es la responsabilidad del padre/tutor** informar a la escuela, por escrito, de cualquier cambio en los datos pertinentes. Un nuevo "Formulario para Padres/Tutores de Permiso de Medicamentos" deberá ser provisto indicando la petición para el cambio
8. **Es la responsabilidad del padre/tutor** llevar **TODOS** los medicamentos a la oficina del/de la director/a u otro personal asignado de la escuela. Es una violación del Código de Conducta del Estudiante que los estudiantes transporten medicamentos a la escuela sin permiso para llevarlos ellos mismos en el archivo.
9. Un "Formulario para Padres/Tutores de Permiso de Medicamentos" **y** si es pertinente, un "Formulario para el Proveedor de Salud de Permiso de Medicamentos" debe de mantenerse en relación a cada medicamento que tome el estudiante durante el día escolar. Este registro incluirá el nombre del estudiante, fecha, nombre del medicamento administrado, hora y firma del personal de la escuela quien dice supervisó o ayudó en la administración de dicho medicamento.
10. Los medicamentos a largo plazo por lo general tienen que ser surtidos mensualmente. **Es responsabilidad del padre/tutor** de suministrar a la escuela una cantidad adecuada de medicamentos.
11. Si su hijo toma una *medicación controlada* a diario, por razones de seguridad, por favor, traiga solamente **suficiente medicamento para 30 días por mes**. También le pedimos que traiga la botella con la etiqueta de la prescripción escrita en **INGLÉS** con fecha o el mes actual. Si la prescripción requiere una dosis de una píldora y media, por favor, parta la píldora antes de llevar el frasco a la escuela.
12. Una vez que el medicamento es recibido en la escuela, debe ser contado por el padre/tutor del estudiante y la enfermera de la escuela (o su representante) para documentar correctamente la cantidad del medicamento controlado que será recibido. Una vez que los medicamentos se reciben y se cuentan, se consideran bajo la custodia de la escuela y deben permanecer en la clínica hasta el último día de clases o el retiro.
13. Los padres o tutores legales son responsables de recoger los medicamentos no utilizados al final del año escolar o cuando el estudiante se retira de una escuela estatal. El personal de la escuela destruirá cualquier medicamento que quede en la escuela después del final del año escolar.
14. Los padres o tutores legales son responsables de los controles de calidad de cualquier dispositivo médico utilizado en la escuela. (los ejemplos incluyen: glucómetro, dispositivos de monitoreo continuo de glucosa, etc.)