

Our Vision
*Excellence in education, community,
 and self for success in tomorrow's
 opportunities.*



Our Mission
*Maximize and foster learning and
 growth for all through continuous
 improvement.*

**LA AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL PERSONAL ESCOLAR
 NO SE ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS HASTA QUE UN PROVEEDOR CON LICENCIA Y EL PADRE/TUTOR
 COMPLETEN Y FIRMEN ESTE FORMULARIO**

PASO 1: PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR		
El nombre del estudiante	Nacimiento Fecha	Calificación
DIRECCIÓN		
Teléfono de casa #	Teléfono de emergencia #	
<p>Doy permiso para que mi estudiante, _____, reciba el medicamento anterior según lo prescrito. Entiendo que mi firma, en este formulario, constituye una renuncia de mi parte al miembro del personal de la escuela que administra o supervisa la administración de este medicamento por responsabilidad. También entiendo que mi firma en este formulario denota permiso para que el personal escolar autorizado y el prescriptor autorizado consulten sobre la administración/control de este medicamento. Este formulario es válido por un año.</p> <p>Tenga en cuenta: los medicamentos deben ser traídos a la escuela por los padres. Es responsabilidad de su estudiante presentarse en la oficina en el momento apropiado para recibir su medicamento. Todos los medicamentos deben ser recogidos por los padres al final del año escolar.</p>		
X _____ Parent/Guardian Signature		_____ Date

STEP 2 - TO BE COMPLETED BY LICENSED PRESCRIBER		
Medications which are necessary during the school day AND will be administered during school hours		
Name of Medication	Diagnosis Requiring Medication	
Prescription Date	Discontinuation Date	
Dosage Prescribed	Frequency	Route Prescribed
Possible Side Effects		
STEP 3 - FOR INHALERS, EPI-PENS, AND INSULIN ONLY		
1. Student may carry medication on his/her person (please check one) <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No 2. Student may self-administer medication (please check one) <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		
<u>LICENSED PRESCRIBER'S INFORMATION</u>		
Printed name of Prescriber: _____		
Address: _____		
Phone: _____ Fax: _____		
X _____ Prescriber's Signature		_____ Date