

**PHYSICIAN'S MEDICATION ORDER FORM**

Attach Photo

**TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN**

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ School Year (including Summer School): \_\_\_\_\_

◆◆◆ PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION ◆◆◆  
A NEW FORM MUST BE COMPLETED AT THE BEGINNING OF EACH SCHOOL YEAR!

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR AUTHORIZED PRESCRIBER**

Name of medication: \_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_

Reason for medication: \_\_\_\_\_

Form of medication/treatment:

- Tablet/Capsule  Liquid  Inhaler  Injection  Nebulizer  Other \_\_\_\_\_

Instructions (Time to be given at school): \_\_\_\_\_

Dose (mg, ml, ml/tsp, # puffs) \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_

If PRN, for what symptom(s) \_\_\_\_\_ If PRN, frequency \_\_\_\_\_

If a delayed opening occurs, medication can be given up until the following time: \_\_\_\_\_

This medication can be self-administered by the student, with WCPS staff oversight on overnight field trips:  Yes  No

Side effects: (Please describe) \_\_\_\_\_

Please check one of the following:

- Discontinue:  End of school year  Other (specify): \_\_\_\_\_

The order must match the prescription label.

◆◆◆ Please note: Any deviation from the scheduled time requires a new order. ◆◆◆  
This includes delayed openings, early dismissals or field trips.

Authorized Prescriber's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Authorized Prescriber's Name/Title: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
(Type or Print)

A verbal order was taken by the school RN (name) \_\_\_\_\_ for the above medication on (date) \_\_\_\_\_

Verbal order must be followed by a signed order within 1 day.

◆◆◆ For Self-Administration ONLY ◆◆◆ For Self-Administration ONLY ◆◆◆

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR AUTHORIZED PRESCRIBER**

**TO BE COMPLETED FOR INHALER OR EPI-PEN ONLY**

Washington County Board of Education permits a student to possess and self-administer asthma or anaphylaxis medication at school and at school-related functions. Completion of the following information by the authorized prescriber acknowledges that this student has been instructed and has the skills and knowledge on self administration of this medication.

This student may carry this medication:  No  Yes

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Authorized Prescriber's Signature)

◆◆◆ PARENT TO COMPLETE EPI-PEN/INHALER CONTRACT ON BACK OF THIS FORM ◆◆◆

**TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN**

I give permission for (name of child) \_\_\_\_\_ to receive the above stated medication at school according to standard school policy. I release Meritus Health, the Washington County Board of Education, and their employees from any claim or liability for administering prescribed medication to this student. I HAVE READ THE INFORMATION OUTLINED ON THE BACK OF THIS FORM AND ASSUME THE RESPONSIBILITIES AS STATED ON THIS FORM. I authorize the school nurse to communicate with the health care provider as allowed by HIPAA.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Home phone: \_\_\_\_\_ Work phone: \_\_\_\_\_ Emergency phone: \_\_\_\_\_

Order reviewed by the school RN \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## PAUTAS DE MEDICAMENTOS

Las siguientes pautas de medicamentos se usan en las Escuelas Públicas del Condado de Washington (WCPS). Estas pautas permiten que el personal de salud escolar brinde el mejor servicio posible a su hijo.

1. Siempre que sea posible, los medicamentos deben administrarse en casa.
2. La primera dosis de todos los medicamentos nuevos debe administrarse en el hogar.
3. Para que los medicamentos se administren en la escuela, los medicamentos deben ir acompañados de un formulario de pedido de medicamentos del médico debidamente completado.
4. La enfermera de la escuela llamará al prescriptor según lo permitido por HIPAA si surge una pregunta sobre el niño o el medicamento del niño
5. Medicamentos:
  - a. Los medicamentos recetados deben estar en un recipiente etiquetado por el farmacéutico con el nombre del estudiante, el nombre del recetador, el nombre del medicamento, la dosis, la ruta, las instrucciones de administración, las condiciones de almacenamiento, la fecha de la receta y la fecha de vencimiento. La ley de Maryland permite que los medicamentos recetados se usen solo por 1 año después de la fecha de emisión o fecha de vencimiento indicada en el medicamento, lo que ocurra primero.
  - b. Los medicamentos de venta libre se deben proporcionar a la escuela en el envase original sellado. También es importante asegurarse de que tenga una fecha de vencimiento actual. El personal no puede dispensar medicamentos obsoletos.
6. Un adulto debe traer el medicamento a la escuela. Ningún medicamento será enviado a casa con un estudiante.
7. Todos los medicamentos se guardan en la Oficina de Salud. El personal de salud hará todo lo posible para notificarle con anticipación cuando el medicamento de su hijo se esté agotando.
8. **Si su hijo toma medicamentos por la mañana en casa, es importante que se los dé a la misma hora todos los días. Si su hijo llega tarde a la escuela debido a una cita o un retraso en la apertura de la escuela, la dosis de la mañana debe administrarse como de costumbre porque la dosis de la escuela se administrará a la hora indicada. Cualquier desviación de la hora programada requiere un nuevo pedido.**
9. Los antibióticos que se administran tres veces al día generalmente no se administran en la escuela. Consulte a su médico antes de llevar estos medicamentos a la escuela.
10. Todos los medicamentos deben ser recogidos por un adulto al final del año escolar. NO se enviarán medicamentos a casa con su hijo.

### AUTO TRANSPORTE /AUTO ADMINISTRACIÓN DE CONTRATO DE MEDICACIÓN DE EMERGENCIA

Este formulario debe completarse además de los formularios de administración de medicamentos de rutina para aquellos estudiantes que necesitan llevar medicamentos para autoadministrarse en una emergencia.

1. El estudiante ha demostrado el propósito y el método apropiado y el tiempo para administrar el   inhalador / epi-pen   a la enfermera.  
Por favor circule uno.
2. El estudiante acepta nunca compartir el   inhalador / epi-pen   con otro estudiante.  
Por favor circule uno .

#### Para medicamentos para el asma:

- a. El estudiante acepta que después de dos inhalaciones, si no hay una mejoría, él / ella irá a la oficina de salud.
- b. Es aconsejable mantener un inhalador de repuesto en la oficina de salud.

#### Para Epi-Pen (inyección de epinefrina):

- a. Si el estudiante se autoadministra epi-pen, inmediatamente hará que alguien notifique al personal de la oficina de salud..
- b. Es aconsejable que se guarde una epi-pen de repuesto en la oficina de salud

El estudiante puede estar sujeto a medidas disciplinarias si no utiliza el medicamento de manera segura y adecuada.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la enfermera

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Administrador

\_\_\_\_\_  
Fecha

Doy permiso para que mi hijo \_\_\_\_\_ lleve el inhalador / epi-pen según lo prescrito por el médico. Entiendo que él / ella debe seguir las reglas mencionadas anteriormente. Notificaré a la escuela sobre los cambios en la medicación o la condición de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha