

CO-OP SUMMER ENRICHMENT 2017

Medication Permission Sheet

Please return to the Co-Op Nurse at MAS with the required medications.

The form should be returned between June 26, 2017 – June 28, 2017 from 9am to 2pm

To Be Completed By Parent

Student Name: _____ DOB: _____

Grade: _____ Teacher/Counselor _____ School: _____

I request the school nurse give the medication listed on this plan; trained staff may assist my child to take his/her own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

Parent/Guardian Signature

Date

Email

Phone Where We Can Reach You ☐ Check if Cell

Parent signature gives permission to speak to student's physician/ practitioner and school staff as needed

To Be Completed By Health Care Provider-Valid for School Year

Diagnosis: _____

Medication: _____

Dose: _____ Route: _____ Time(s): _____

Recommendations _____

Note: Medication will be given as close to the prescribed time as possible, but may be given up to one hour before or after the prescribed time. Please advise if there is a time-specific concern regarding administration.

☐ **Independent Carry and Use Attestation Attached (Required for Independent Carry and Use)**

NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated he/she can effectively self-administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine auto-injector, Insulin, glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

Name/Title of Prescriber (Please Print)

Date

Stamp

Prescriber's Signature

Phone

PLEASE RETURN TO THE CO-OP NURSE – MS. LUKAS

CO-OP SUMMER ENRICHMENT 2017

Hoja de permiso de medicación

Favor de devolver a la enfermera de Co-Op en MAS con los medicamentos requeridos

Este formulario debe ser entregado entre el 26 de Junio, 2017 al 28 de Junio, 2017 de 9am a 2pm

Para ser completado por el padre

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Profesor/Consejero _____ Escuela: _____

Solicito a la enfermera de la escuela que dé el medicamento listado en este plan; personal capacitado puede ayudar a mi hijo(a) a tomar sus propios medicamentos. Proporcionaré la medicación en la farmacia original o por venta libre. Este plan será compartido con el personal de la escuela que va a estar cuidando a mi hijo.

Firma del padre o tutor

Fecha

Correo Electrónico

Teléfono donde lo podemos contactar

☐ Marque aquí si es un celular

La firma de los padres da permiso para hablar con el médico / practicante del estudiante y el personal de la escuela cuando sea necesario

Para ser completado por el proveedor de servicios de salud-Válido para el año escolar

Diagnóstico: _____

Medicación: _____

Dosis: _____ **Ruta:** _____ **Hora(s):** _____

Recomendaciones: _____

Nota: La medicación se dará tan cerca del tiempo prescrito como sea posible, pero puede darse hasta una hora antes o después del tiempo prescrito. Por favor avise si hay una preocupación específica con respecto a la administración.

☐ **Uso independiente y autorización adjunta (Para uso independiente)**

La ley del Estado de Nueva York requiere que ambos proveedores certifiquen que el estudiante ha demostrado que puede auto administrarse medicamentos de rescate respiratorio inhalados, autoinyección de epinefrina, suplementos de insulina, glucagón y diabetes u otros medicamentos que requieren administración rápida junto con el permiso de los padres o tutores. Marque esta casilla y adjunte la documentación a este formulario para solicitar esta opción.

Nombre / Título del Prescriptor (Por Favor Imprimir)

Fecha

Sello

Firma del Prescriptor

Teléfono

POR FAVOR DEVOLVER A LA ENFERMERA DE CO-OP – MS. LUKAS