Waukegan Public Schools
Office of School Health Services

AUTHORIZATION OF THE ADMINISTRATION/ SELF ADMINISTRATION OF MEDICATION

_____ _____ _____ _____
Student's Name Date of Birth Grade/Room Teacher

TO BE COMPLETED BY THE APPROPRIATELY STATE- LICENSED HEALTH CARE PROVIDER

PLEASE NOTE: Only those medicines which of absolute necessity must be given during school hours will be given at school: once a day, twice a day, and three times a day medicines *will not be given at school unless specifically request.*

_____ _____ _____ _____
Medication Dosage Time of Administration Route

Prescribed for (diagnosis)_____

Reason for Medication (intended effects)_____

Restriction and/or Side Effects: ( ) Yes (please describe below) ( ) None anticipated
_____

This student is both capable and responsible for self-administering this medication:
( ) No ( ) Yes- Supervised ( ) Yes - Unsupervised

For Asthma Inhaler or Epi-pen only:
This student may carry this medication: ( ) No ( ) Yes - if yes complete the following

I certify that _____has been instructed in the use and self-administration
Name of Student
of_____
Name of Medication
If permitted to self administer this medication, he/she understands the need for the medication, and the necessity to report to school personnel any unusual side effects. He/she is capable of using this medication independently.

Other prescription and non-prescription medications this child receives are: _____
I may be reached at the following phone # in the event of a reaction to the medication or an emergency:

_____ _____ _____
Signature of Medical Provider Date Printed Name of Medical Provider

_____
Medical Provider Phone # Medical Provider Fax #

Medical Provider Address_____

==========

PARA SER LLENADO POR EL PADRE O TUTOR LEGAL:

Le doy permiso a mi hijo(a) _____ para que reciba el medicamento anotado anteriormente tal y como ha sido prescrito. Entiendo que mi firma en esta forma constituye una renuncia de mi parte al distrito escolar, sus empleados y agentes para poder administrar o supervisar la administración de este medicamento, de algún riesgo por diversas reacciones al medicamento cuando éste sea administrado, siguiendo las instrucciones del proveedor del cuidado de salud con licencia del gobierno estatal. También estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al distrito escolar, a sus empleados y agentes por cualquier reclamo que surja de la administración del medicamento por o a mi hijo(a) de acuerdo a mi autorización, excepto el que esté basado en una conducta deliberada y gratuita. Doy mi consentimiento para compartir la información entre el proveedor del cuidado de salud que prescribe el medicamento y el enfermero escolar, y adjunto una forma de autorización incorporada como referencia.

_____ _____ _____
Fecha Firma del padre/tutor legal No. tel. de día