

**Parent/Licensed Prescriber Request for Medication Administration**

Prescription medication requires written parent consent and a written order from a Licensed Prescriber. Non-prescription medication can be given at school with written request from a parent. All medications must be in the original prescription bottle or packaging. The District and District employees bear no responsibility for the benefits or consequences of the medication, nor responsibility for insuring the medication is taken at the scheduled time.

DATE \_\_\_\_\_ STUDENT NAME \_\_\_\_\_

GRADE \_\_\_\_\_ HR \_\_\_\_\_ MEDICATION ALLERGIES \_\_\_\_\_

DIAGNOSIS OR CONDITION FOR WHICH MEDICATION IS PRESCRIBED \_\_\_\_\_

MEDICATION \_\_\_\_\_

AMOUNT TO BE GIVEN \_\_\_\_\_ TIME(S) TO BE GIVEN \_\_\_\_\_

SPECIAL INSTRUCTIONS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PARENT

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PHYSICIAN

\_\_\_\_\_  
Print Name of Parent

\_\_\_\_\_  
Print Name/Phone # of Physician

GRADES 4 - 12

**CONSENT TO CARRY ASTHMA INHALER, INSULIN OR EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR**

With written parent and licensed prescriber consent for the student to possess and self-administer an asthma inhaler, insulin, or epinephrine auto-injector, the District and any school employee is relieved of the responsibility and consequences if the prescribed medication is not taken appropriately by the student.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PARENT

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PHYSICIAN

**SOLICITUD DEL PADRE/DOCTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

De acuerdo con la Guía para los Servicios Escolares de Cuidado de los Enfermos en Pennsylvania, ninguna medicación será suministrada en la escuela, excepto por orden directa de un médico. KCSD requiere autorización médica para el suministro de todas las medicaciones recetadas. Con la solicitud por escrito del padre, la medicación no recetada puede ser dada en la escuela.

FECHA \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_

GRADO \_\_\_\_ HR \_\_\_\_\_ ALERGIAS A MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO O CONDICIÓN POR LA QUE LA MEDICACIÓN ES RECETADA \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN \_\_\_\_\_

CANTIDAD QUE TIENE QUE SER DADA \_\_\_\_\_ A QUE HORA(S) \_\_\_\_\_

FECHA DE INTERRUPCIÓN DE LA MEDICACIÓN \_\_\_\_\_ # DE PASTILLAS O LIQUIDO ENVIADOS \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES ESPECIALES O EFECTOS DE LA MEDICACIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE/TELÉFONO DEL MÉDICO

Grados 4 a 12

**AUTORIZACION PARA LLEVAR INHALADOR PARA EL ASMA, LA INSULINA O AUTO-INYECTOR DE EPINEFRINA**

Con autorización por escrito de los padres, medico o profesional de la salud con licencia para que el estudiante pueda poseer un inhalador de asma para auto- administrarse, insulina o auto-inyector de epinefrina, el Distrito y cualquier empleado de la escuela queda exonerado de la responsabilidad y las consecuencias si el medicamento prescrito no se toma apropiadamente por el estudiante.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO