

**Weimar Independent School District**  
**Elementary Parent/Guardian Authorization of Medication at School**

(Complete one form for each medication)

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Student ID # \_\_\_\_\_

**Only those medications that are medically necessary during the school hours for a student's attendance or written in an IEP/IHP should be sent to school.** Weimar ISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for medication administration at school.
- Medication in original, properly labeled container (name of medication with straight, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date).
- Medication label contains the student's first and last name.
- Non-prescription/Over-the-counter medication may be available in the health room for two (2) weeks only with parent authorization. After two (2) weeks, a physician's order will be required.
- Non-prescription/Over-the-counter medication(s) may not be given more than three (3) consecutive school days or a physician's order will be required.
- Non-prescription medication dosage must agree with manufacturer's recommendations or a physician's order will be required.
- The first dose of this medication for the current/illness **may not be given at school.**

Please complete the following:

|  |  |  |                    |  |
|--|--|--|--------------------|--|
| Type of Medication<br><input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Non-Prescription  |  | Name of Medication   |                    |  |
| Date to Begin Medication   | Date to End Medication   | Time to be Given   | Amount to be Given |  |
| Reason medication being given  |  | The routine medication listed above will be brought to the school nurse on the (circle):<br><b>1<sup>st</sup> of each month or 15<sup>th</sup> of each month</b> |                    |  |
| Form of Medication<br><input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Capsule <input type="checkbox"/> Liquid <input type="checkbox"/> Inhalant <input type="checkbox"/> Other: |  | Medication precautions/side effect   |                    | Number or Amount of Medication Provided: |
| Physician's Name   | Physician's Signature<br><input type="checkbox"/> See attached physician's order | Office Number  | Date               |  |

Medication Start Date: \_\_\_\_\_ Medication Stop Date: \_\_\_\_\_

**(Note: the first dose on any medication may NOT be given at school)**

Has the student ever received this medication before? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (check one)

If yes, date, and time last dose was given: \_\_\_\_\_

1. I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribe with adequate notification from me.
2. I release school personnel from liability in the event adverse reactions result from taking the medication.
3. I will notify the school of any changes in the medication, (dosage, time, etc.)
4. I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
5. I give permission for the school nurse to consult with the above student's physician regarding any questions that arise with regard to the listed medication or medical condition being treated by the medication.
6. I give permission for the medication to be given by trained school personnel as delegated by the Principal.

**Please Note: Weimar Elementary School students may not carry medication to school or home (with the exception of inhalers); all medication must be transferred from adult to adult.**

**I understand I am responsible for retrieving the medication from the School Health/Front Office when it is no longer needed or when the school year ends.**

|                      |                           |            |
|----------------------|---------------------------|------------|
| Parent/Guardian Name | Parent/Guardian Signature | Date       |
| Home Phone           | Mobile Phone              | Work Phone |

|           |               |       |
|-----------|---------------|-------|
| RN Name : | RN Signature: | Date: |
|-----------|---------------|-------|

**Weimar Independent School District**  
**Autorización De Padre/Tutor Primaria De La Medicación En La Escuela**  
 (Complete una forma por cada medicina)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Estudiante ID # \_\_\_\_\_

**Solo deben enviar los medicamentos que sean médicamente necesarios durante horas de escuela para la asistencia del estudiante, o que estén escritas en un IEP / IHP.** El Distrito de Weimar requiere lo siguiente:

- Autorización escrita de padres / custodio legal para administrar medicina en la escuela.
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente rotulado (con el nombre de la medicina, su potencia, dosis e instrucciones; el nombre del médico que la prescribe que tenga licencia de Texas, y fecha actual).
- Que el rótulo de la medicina tenga el nombre y el apellido del estudiante.
- Sobre los contadores medicamentos sin receta, pueden permanecer en la sala de salud durante dos (2) semanas sólo con autorización de los padres. Después de dos (2) semanas, se requerirá la orden de un médico.
- Medicamentos de venta libre sin receta pueden estar disponibles en la Enfermería solo por 2 semanas, y solo con la autorización del padre o tutor. Después de 2 semanas se requiere la orden de un médico.
- Los contadores medicamentos sin receta deben estar de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o una orden del médico será necesario.
- La primera dosis de esta medicación por el mal / enfermedad actual **no puede administrarse en la escuela.**

Complete, por favor, lo siguiente:

|  |  |  |                                    |
|--|--|--|------------------------------------|
| Tipo de Medicación:<br><input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> No-prescripción  |  | Nombre de la medicación:   |                                    |
| Fecha de inicio de la medicación:  | Fecha para finalizar la medicación:  | Hora que debe ser dado:  | Cantidad que hay que dar:          |
| Fecha de inicio de la medicación:  |  | El medicamento de rutina listado anteriormente será llevado a la enfermería el,<br>(circule):<br><b>1 st de cada Mes    o    15 th de cada Mes</b> |                                    |
| Clase de medicamento:<br><input type="checkbox"/> Tableta <input type="checkbox"/> Cápsula <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Otro: |  | Precauciones con el medicamento/efectos secundarios:   | Número o cantidad del medicamento: |
| Nombre Del Médico:   | Firma del Médico: <input type="checkbox"/> la orden del médico está adjunta: | # telefónico de la clínica:  | Fecha:                             |

Fecha de inicio de medicamentos: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización medicamentos: \_\_\_\_\_

**(Nota: la primera dosis de cualquier medicamento NO puede darse en la escuela)**

¿El estudiante nunca recibido este medicamento antes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Marque uno)

En caso afirmativo, fecha y hora de última dosis dado: \_\_\_\_\_

7. Pido que la medicina citada se dé durante horas de escuela, como lo ordenó el doctor de este estudiante. Pido además que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita, con la notificación adecuada que yo dé.
8. Libero al personal escolar de responsabilidad en caso de que se produzcan reacciones adversas resultantes de la medicación.
9. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicación, (cambio de dosis, de horas, etc.)
10. Doy permiso para que la enfermera escolar se comunique con los maestros del estudiante sobre la condición(es) de salud del estudiante y la(s) acción(es) de la medicación.
11. Doy permiso para que la enfermera escolar consulte al doctor del estudiante con respecto a cualquier duda que pueda surgir sobre la medicación citada o la condición médica tratada por la medicación.
12. Doy permiso para que administre la medicina el personal escolar capacitado, delegado por el Director.

**Por favor nota: los estudiantes de Weimar Elementary School no pueden transportar medicamentos casa (con excepción de los inhaladores); el medicamento debe ser transferidos de adulto a adulto.**

**Entiendo que soy responsable de recuperar el medicamento de la Enfermería / o oficina cuando ya no se necesita o cuando termine el año escolar.**

|                           |                          |                              |
|---------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nombre del padre o tutor: | Firma del Padre o Tutor: | Fecha:                       |
| # de Teléfono de casa:    | # de Teléfono móvil:     | # de Teléfono de su Trabajo: |

|           |               |       |
|-----------|---------------|-------|
| RN Name : | RN Signature: | Date: |
|-----------|---------------|-------|