



NASAL SEIZURE Medication Authorization Request

Student Name: _____ Date of Birth: _____ School / Grade: _____

Please note: This form must be completed and signed by the parent/guardian and the student's Licensed Healthcare provider, with prescription authority. This form is for both **prescription** and **nonprescription** medication. Complete a separate form for **each** medication. All medication must be transported to and from school by a responsible adult.

Parent/Guardian Request

I certify that I am the parent, legal guardian, or other person in legal control of the above identified student and request and authorize the school to dispense medication to the above identified student in accordance with the prescription or LHP's instructions for the period commencing or End of School Year including summer school and/or summer activities.

Start Date _____ Termination Date _____ **OR** Last Day of School Year

I understand that this medical information may be shared with staff working for The Othello School District. Medication will be supplied to school in the original RX container. Medication may be administered by medically untrained school personnel as appropriately delegated by Registered nurses..

Date

Parent/Guardian Signature

Licensed Healthcare Provider Request

Medication (Name, Dosage, Route): _____ Seizure Medication · _____ mg · **Nasal** ·

Administration Schedule: _____

Reason for Medication: _____

Further Instructions (possible reactions, etc): _____

Authorization for student to carry & self administer medication: Yes ___ No ___

I request and authorize that the above named student be administered the above identified medication in accordance with the instructions indicated above for the period commencing: **First Day of School 20** ____ thru **End of School Year 20** ____ including summer school activities, or other **Termination Date:** _____. There exists a valid health reason which makes administration of the medication advisable during school hours or during such time that the student is under supervision of school officials.

Date

Licensed Healthcare Provider Signature

Printed Name

Office Phone Number



Solicitud de Autorización de Medicamentos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____

Tenga en cuenta: Este formulario debe ser completado y firmado por el padre/tutor y el proveedor de atención médica autorizado del estudiante, con autorización para recetar. Este formulario es para medicamentos recetados o no recetados. Completa una forma separada para cada medicamento. Todos los medicamentos deben ser transportados hacia y desde la escuela por un adulto responsable.

Solicitud de padre/tutor

Certifico que soy el padre, tutor legal u otra persona en control legal del estudiante identificado anteriormente y solicito y autorizo a la escuela a dispensar medicamentos al estudiante identificado anteriormente de acuerdo con la receta o las instrucciones de LHP por el período que comienza o finaliza del año escolar incluyendo escuela de verano y/o actividades de verano.

Fecha de inicio _____ Fecha de conclusión _____ Último día del año escolar

Entiendo que esta información médica puede ser compartida con el personal que trabaja para el Distrito Escolar de Othello. El medicamento será suministrado a la escuela en su envase original de receta. El medicamento puede ser administrado por personal escolar no capacitado médicamente, según lo delegue apropiadamente el personal de enfermería registrado.

Fecha

Firma del Padre / Tutor

Solicitud de proveedor de atención médica con licencia

Medicamento (Nombre, Dosis, Vía): _____ Seizure Medication · _____ mg · Nasal

Horario de administración: _____

Motivo de la medicación: _____

Instrucciones adicionales (posibles reacciones, etc.): _____

Autorización para que el estudiante lleve y auto administre medicamentos: Si: _____ No: _____

Solicito y autorizo que al estudiante mencionado anteriormente se le administre el medicamento identificado anteriormente de acuerdo con las instrucciones indicadas anteriormente para el período que comienza: **Fecha de inicio 20** ____ – **Fecha de conclusión 20** ____ o fin del año escolar, incluidas las actividades de la escuela de verano, u otro **Fecha de conclusión** _____. Existe una razón de salud válida que hace aconsejable la administración del medicamento durante el horario escolar o durante el tiempo en que el estudiante está bajo la supervisión de los funcionarios escolares.

Fecha

Firma del proveedor de atención médica con licencia

Nombre impreso

Número de teléfono de la oficina