



TOPICAL DROPS (EYE DROPS AND EAR DROPS) 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. Such medication may be administered by medically untrained school personnel.

I request and authorize my child to carry and/or self-administer their medication. Yes ___ No ___
(I understand the prescribing LHP must approve this, before my child will be allowed to carry medication at school.)

The district shall incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medication.

Date

Parent/Guardian Signature

Licensed Healthcare Provider Request

Medication (Name, Dosage, Route): **Other** _____ drops **Topical** _____

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 compartirse con el personal que trabaja para el Distrito Escolar de Othello. El medicamento se entregará a la escuela en el envase original de RX. Dicho medicamento puede ser administrado por el personal escolar sin autoridad médica.

Solicito y autorizo a mi hijo de llevar y/o autoadministrarse su medicamento. **Si** _____ **No** _____
(Entiendo que el LHP que receta debe aprobar esto antes de que mi hijo pueda llevar medicamentos a la escuela).

El distrito no incurrirá en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja al autoadministración de medicamentos.

Fecha

Firma del Padre / Tutor

Solicitud de proveedor de atención médica con licencia

Medicamento (Nombre, Dosis, Vía): **Other** _____ **drops** _____ **Topical** _____

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