

*Front (doctor) and back (parent/guardian) must be completed. Incomplete forms will NOT be accepted.*

Student: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_

***I certify that administration of the prescribed medication(s) to the student during the school day is necessary to maintain and support the student's continued presence in school or at school sponsored events.***

Daily and PRN medications MAY NOT be self-administered or self-carried by students.				
Diagnosis	Name of Medication	Dosage	Route	Time(s) to give
Daily medication for:				
PRN medication for:				

**Physician Authorization for Student to Self-Administer Emergency Medication  Yes  No**

Adult supervision is NOT needed. The student has been instructed in the treatment plan, self-administration for the listed medication(s), and has demonstrated the skill level necessary to self-administer the medication.

<b>Allergic to:</b>	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> 12.5 mg <input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> Other:	By Mouth	<input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Mild Reaction
<b>Allergic to:</b>	Epinephrine Auto Injector	<input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg	Intramuscular	<input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Severe reaction or more than 1 mild symptom <input type="checkbox"/> If provided, repeat dose after 5 min. for continued symptoms
<b>Seizures</b>	<input type="checkbox"/> Diastat Gel <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> 5.0 mg <input type="checkbox"/> 7.5 mg <input type="checkbox"/> 10.0 mg <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> By Mouth <input type="checkbox"/> Sublingual	<input type="checkbox"/> At onset of seizure <input type="checkbox"/> Seizure > 5 min. <input type="checkbox"/> Seizure > 10 min. <input type="checkbox"/> Other:
<b>Diabetes</b>	Glucagon	<input type="checkbox"/> 0.5mg <input type="checkbox"/> 1.0mg	Intramuscular	If student is unable to safely swallow or becomes unconscious
<b>Asthma:</b> <i>Exercise induced</i> <input type="checkbox"/> <b>Not Applicable</b>	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> Other:	Inhaler with spacer, if provided	<input type="checkbox"/> Before very active exercise as needed to prevent symptoms <input type="checkbox"/> Before PE <input type="checkbox"/> Before Recess
<b>Asthma: Yellow Zone</b>	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule	<input type="checkbox"/> Inhaler with spacer, if provided <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> May repeat every 20 min. x 3 doses <input type="checkbox"/> Every 4 hrs. as needed to relieve symptoms <input type="checkbox"/> Other:
<b>Asthma: Red Zone</b>  <b>Call 9-1-1/Parent</b>	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule	<input type="checkbox"/> Inhaler with spacer, if provided <input type="checkbox"/> Nebulizer	For emergency symptoms <input type="checkbox"/> May repeat every 20 min. x 3 doses

**RISE Southeast Raleigh Charter School  
Student Health Services**

**Medication Administration Authorization Form**

**Valid for current school year only**

**Front (doctor) and back (parent/guardian) must be completed. Incomplete forms will NOT be accepted.**

Physician/HCP Signature: \_\_\_\_\_ Name (printed): \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Student: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_

**Madre/Padre:**

Entiendo que:

- Solo los medicamentos para el cuidado de la diabetes y de emergencia pueden ser autoadministrados y / o llevados por usted mismo.
- El personal no médico realiza la administración de medicamentos.
- Es mi responsabilidad que un adulto transporte el medicamento a la escuela.
- La medicación se debe proporcionar en el envase original etiquetado de la farmacia con instrucciones para su administración. Si la medicación es disponible sin receta médica, debe proporcionarse en el envase / empaque original, etiquetado con el nombre del estudiante. Los medicamentos no utilizados que no se recojan al final del año escolar serán descartados.
- Si no hay medicamentos disponibles en la escuela, se llamará al 9-1-1 en caso de emergencia.
- Si mi hijo participa en actividades / deportes patrocinados por NCPS antes o después de la escuela, asumiré la responsabilidad de comunicarme con el asesor / entrenador de la condición médica de mi hijo. Proporcionaré medicamentos de emergencia adicionales que puedan ser necesarios durante el actividad. Puedo contactar a la enfermera de la escuela si necesito ayuda para instruir al asesor en un procedimiento médico o si una copia de la información debe compartirse con ellos.

Solicito que:

- A mi hijo se le administrarán los medicamentos como se indica en las órdenes del proveedor de atención médica. Si se ordena una inyección de emergencia, doy permiso para que la enfermera de la escuela instruya al personal designado en la administración técnica.
- Para los estudiantes que llevan y se autoadministran medicamentos de emergencia según lo prescrito por el proveedor de atención médica:

Doy permiso para que mi hijo lleve y administre el medicamento de emergencia que se indica en el reverso durante el día escolar, en actividades patrocinadas por la escuela o mientras está en tránsito hacia o desde la escuela. No se necesita la supervisión de un adulto y entiendo que:

- Proporcionaré medicamentos de respaldo que se guardarán en la escuela (además de lo que llevará mi hijo).
- Se requerirá que mi hijo demuestre el nivel de habilidad necesario para autoadministrarse el medicamento.
- Mi hijo estará sujeto a una acción disciplinaria si el medicamento se usa de otra manera que no sea la recetada.

Yo autorizo:

- La divulgación e intercambio de información médica entre el proveedor de atención médica de mi hijo, la enfermera de la escuela y la escuela autónoma RISE Southeast Raleigh que es necesaria para llevar a cabo los servicios para mi hijo.

Por la presente:

- Dar permiso para que mi hijo reciba medicamentos durante el horario escolar. El medicamento ha sido recetado por un proveedor de atención médica autorizado.
- Liberar a RISE Southeast Raleigh Charter School y sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo tome el medicamento recetado.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Student (self-carry only):**  N/A

- I have demonstrated the proper use of my medication to the school nurse.
- I plan to keep my medication and equipment with me at school and school-sponsored activities.
- I will *only* use the medication as prescribed by my healthcare provider.
- My medication will be kept in the original container labeled with my name.
- I will *not* allow any other person to use my medication.
- I will notify a school staff member if I am having more difficulty than usual with my health condition.

Student signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

I have observed the student and he/she demonstrates the ability and skill level necessary to use the emergency medication as prescribed by the healthcare provider:  Inhaler  Epinephrine Auto Injector

Nurse Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Date order received and reviewed: \_\_\_\_\_

Nurse Signature: \_\_\_\_\_