



# HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS

JUNTOS PODEMOS | TOGETHER WE CAN

## Parental Consent and Medication Order

### Authorization for Medication to be Administered During School Hours

Parent/Guardian to complete and sign top half of form | Bring to the licensed prescriber to complete and sign bottom half of form  
**Return to the school nurse**

Date: \_\_\_\_\_  
Student's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_  
Allergies: \_\_\_\_\_  
School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_

My son/daughter is currently taking the following medications (include all medications, even those during school hours)

- 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Can the student self-medicate, if determined to be appropriate by nurse? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
I request that my son/daughter be given the medication described below by the school nurse as authorized by myself and my provider below. (Please note: *I understand that I may retrieve the medicine from school at any time and the medicine may be destroyed if it's not picked up within one week of termination of the order or by dismissal time on the last day of school/summer school, if applicable*).

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian**                      cell phone                      work/home phone

-----  
**ONE MEDICATION PER FORM** The following is to be completed by the Physician or Licensed Provider as authorized by Chapter 94C. *Whenever possible schedule medications outside of school hours.*

Diagnosis for medication given: \_\_\_\_\_

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Can the student self-medicate, if determined to be appropriate by the nurse? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
Significant Side Effects: \_\_\_\_\_

Date to Start: \_\_\_\_\_ Date to Discontinue: \_\_\_\_\_

**Licensed Provider Signature:** \_\_\_\_\_

**Printed Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Office Phone: \_\_\_\_\_ Emergency phone: \_\_\_\_\_

Other Information: \_\_\_\_\_

*School Nurse's Signature:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_

*School:* \_\_\_\_\_ *Phone:* \_\_\_\_\_ *Fax:* \_\_\_\_\_



# HOLYOKE PUBLIC SCHOOLS

JUNTOS PODEMOS | TOGETHER WE CAN

## Permiso de padre y orden de medicamento

### Autorización para administrar los medicamentos durante la escuela

El padre, madre o encargado completa y firma la parte arriba del formulario | El recetador licenciado completa y firma la parte abajo. **Devolver a la enfermera de la escuela**

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

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nac \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Alergias \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_  
 Padre/madre/encargado \_\_\_\_\_ Relación al estudiante \_\_\_\_\_

Mi hijo/hija en actualidad está tomando los medicamentos siguientes (incluir todo medicamento, hasta lo de las horas escolares)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

¿Puede el estudiante automedicarse, si la enfermera determina que es apropiado? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
 Solicito que la enfermera de la escuela le administre a mi hijo(a) el medicamento que se describe a continuación, según lo autorice mi médico y yo mismo. (Por favor note: *Entiendo que puedo recoger el medicamento de la escuela en cualquier momento y que al medicamento puede que se lo destruyan si no se recoge dentro de una semana de la terminación de la orden o por la hora de salida el último día de la escuela regular o la escuela de verano, si aplica*).

\_\_\_\_\_  
**Firma de padre, madre o encargado** celular \_\_\_\_\_ teléfono de casa-trabajo \_\_\_\_\_

**UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO** El médico o proveedor licenciado según se autorice por el capítulo 94C. *Cuando sea posible, programe los medicamentos fuera del horario escolar.*

Diagnostico por los medicamentos que se administran: \_\_\_\_\_

Nombre de medicamento \_\_\_\_\_ Vía \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

¿Si la enfermera lo determina, puede el estudiante automedicarse? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Efectos secundarios significativos: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de discontinuación \_\_\_\_\_

**Firma de proveedor licenciado** \_\_\_\_\_

**Nombre (de molde)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

Otro información \_\_\_\_\_

*Firma de la enfermera de la escuela* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

*Escuela* \_\_\_\_\_ *Teléfono* \_\_\_\_\_ *Fax* \_\_\_\_\_