

Form 1702 Parent/Guardian Request and Physician's Order Form for Medication
Student Name: _____

Date of Birth: _____

School: _____

School Year: _____

	Diagnosis	Medication Name Right Medication	Dosage Right Amount	How to Give Right Route	When to Give Right Time	Medication Log Date/Time Given/Staff Initials					
Daily	Diagnosis <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____										
Allergy	List of Allergens:	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose _____	<input type="checkbox"/> By Mouth <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Mild Reaction						
		<input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector	<input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg	Intramuscular (IM) Injection	<input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Severe Reaction <input type="checkbox"/> If provided, repeat dose after _____ minutes if symptoms continue						
Asthma	Green Zone Exercise Induced	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> DAILY before exercise <input type="checkbox"/> AS NEEDED before exercise <input type="checkbox"/> Other _____						
	Yellow Zone	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> Every 4 hours as needed <input type="checkbox"/> Other _____						
	Red Zone CALL 911	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____	CALL 911 <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> For Emergency Symptoms						
	Other Asthma Medications (Example - Symbicort, Dulera, etc.)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> with Spacer	Please complete with specific numbers of puffs and minutes – no ranges <input type="checkbox"/> Exercise: ___ puff(s) inhaled before exercise as needed to prevent symptoms <input type="checkbox"/> Yellow Zone: ___ puff(s) inhaled every ___ minutes for cough/wheeze/shortness of breath, up to ___ puffs Call parent/guardian if symptoms have not improved after ___ puffs <input type="checkbox"/> Red Zone: Call 911 – ___ puff(s) inhaled every ___ minutes up to ___ puffs								
	Diabetes	<input type="checkbox"/> Glucagon <input type="checkbox"/> GVOKE <input type="checkbox"/> Baqsimi <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose _____	<input type="checkbox"/> Subcutaneous SQ <input type="checkbox"/> Intramuscular IM <input type="checkbox"/> Nasal Spray <input type="checkbox"/> Other _____	If student becomes unconscious						
	Seizure	<input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Valtoco <input type="checkbox"/> Nayzilam <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose _____	<input type="checkbox"/> Rectal Gel <input type="checkbox"/> Nasal Spray <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Seizure Onset <input type="checkbox"/> After 5 minutes <input type="checkbox"/> After _____ minutes <input type="checkbox"/> Other _____						
Physician's Printed Name:				Physician's Telephone:				Date:			
Physician's Signature:				Physician's Fax:				MD Stamp:			

Form 1702 Parent/Guardian Request and Physician's Order Form for Medication
Student Name: _____

Date of Birth: _____

School: _____

School Year: _____

Para ser llenado por el Padre o Tutor Legal:
Yo entiendo que:

- El personal que administra el medicamento no es una persona con entrenamiento médico.
- Es mi responsabilidad tener un adulto para llevar el medicamento a la escuela.
- Si el medicamento no está disponible en la escuela, se llamará al 911 si hay una emergencia.
- Si mi hijo(a) participa en actividades o deportes de WCPSS antes o después de la escuela, yo soy responsable de contactar al asesor o al entrenador para informar de la condición médica de mi hijo(a). Yo proveeré los medicamentos de emergencia adicionales que podrían ser necesarios durante la actividad. Yo puedo contactar a la enfermera de la escuela si se necesita ayuda en enseñar al asesor o al entrenador el procedimiento médico o si se necesita compartir una copia de la información con ellos.

Yo solicito que:

- Se administre el medicamento a hi hijo(a) como está indicado en la orden del médico.
- Si se ordena una inyección de emergencia, doy mi permiso para que la enfermera de la escuela enseñe a un empleado designado en la manera de administrarla.

Yo autorizo:

- La divulgación e intercambio de información médica entre el doctor de mi hijo(a), la enfermera de la escuela y WCPSS que es necesario en proveer servicios para mi hijo(a).

Por medio de la presente doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba medicamento durante las horas escolares. Este medicamento ha sido recetado por un médico licenciado.

Por medio de la presente libero a la Junta Directiva Escolar, sus agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad (obligación) que pueda resultar cuando mi hijo(a) tome el medicamento recetado.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Student Self-Carry and Self-Administration of Emergency Medication
To be completed by Physician:

The student must have the medication(s) listed on the reverse side of this form during the school day or at school sponsored events in order to function. **Adult Supervision is NOT needed.** The student has been instructed in the treatment plan and self-administration of the listed medication(s) and has demonstrated the skill level necessary to self-administer medications for:

 Asthma Severe Allergy Insulin Other _____

For Epinephrine Auto Injector Only:

In the event the student is experiencing respiratory difficulty and is unable to administer the Epinephrine Auto Injector, the school nurse will train designated school staff to administer the Epinephrine Auto Injector and call 911.

Physician Printed Name: _____

Physician Signature: _____ **Date:** _____

To be completed by Student at school:

- I have demonstrated use of my medication for the school staff listed.
- I plan to keep my medication and equipment with me at school
- I will use my medication as advised by my physician.
- 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 medication

Student Signature: _____ **Date:** _____

Para ser llenado por el Padre o Tutor Legal:

Yo solicito y doy permiso a mi hijo(a) a llevar y administrarse el medicamento listado al otro lado de esta hoja durante horas escolares, durante actividades escolares o cuando está en camino a la escuela o de regreso de la escuela. **No se necesita la supervisión de un adulto.**

Yo entiendo que:

- Yo le proporcionaré a la escuela medicamento adicional (más de lo que carga el estudiante) que se mantendrá en la escuela.
- Se requiere que mi hijo(a) muestre al personal de la escuela entrenado por la enfermera de la escuela el nivel de experiencia necesario para administrarse el medicamento.
- Mi hijo(a) puede ser sometido a acciones disciplinarias si usa el medicamento en otra forma que la recetada.

Para el Uso del Inyector Automático Epinefrina Solamente:

En el evento de que mi hijo(a) tenga dificultad respiratoria y no se le sea posible administrarse el Inyector Automático Epinefrina recetado por el doctor, un empleado entrenado le puede administrar el Inyector Automático Epinefrina y llamar al 911. Yo he observado a mi hijo(a) mostrar el nivel de experiencia necesario para poner en práctica el plan de cuidado médico recetado por su proveedor de salud.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

To be completed by School Nurse:

I have observed the student indicated above verbalize and demonstrate the skill level necessary to use the medication prescribed by the above physician.

 Inhaler Epinephrine Auto Injector Inhaler Other _____

Nurse Signature: _____ **Date:** _____