



Wake County Public School System
Form 1702 Parent Request and Physicians' Order Form for Medication

Student Name: _____

DOB: _____

School: _____

School Year: _____

| | Diagnosis | Name of Medication (Right Medication) | Dosage (Right Amount) | How to give (Right Route) | Time(s) to Give (Right Time) | Medication Log Date/Staff Signature | | | | |
|-------------------------|---|--|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Emergency Medication(s) | <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Seizure <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | | | | | | | |
| | Allergy | <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) | <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 | | | | | |
| | Allergen: _____ | <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto Injector | <input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg | Intramuscular (IM) | <input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Severe Reaction <input type="checkbox"/> If provided, repeat dose after _____ min for continued symptoms. | | | | | |
| | Seizures | <input type="checkbox"/> Diastat Gel | <input type="checkbox"/> 5.0 mg <input type="checkbox"/> 7.5 mg <input type="checkbox"/> 10.0 mg <input type="checkbox"/> _____ mg | Rectal | <input type="checkbox"/> At onset of seizure <input type="checkbox"/> After 5 minutes <input type="checkbox"/> After 10 minutes | | | | | |
| | Diabetes | <input type="checkbox"/> Glucagon | <input type="checkbox"/> 0.5 mg <input type="checkbox"/> 1.0 mg | <input type="checkbox"/> Subcutaneous (SQ) <input type="checkbox"/> Intramuscular (IM) | If student becomes unconscious | | | | | |
| Asthma | Exercise Induced Asthma | <input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Xopenex | <input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 1 vial (ampule) | <input type="checkbox"/> Inhaler with spacer, if provided <input type="checkbox"/> Nebulizer | Before exercise as needed to prevent symptoms | | | | | |
| | Asthma Yellow Zone | <input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Xopenex | Please check one <input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 vial (ampule) | <input type="checkbox"/> Inhaler with spacer, if provided <input type="checkbox"/> Nebulizer | <input type="checkbox"/> Every 4 hours as needed to relieve symptoms <input type="checkbox"/> _____ | | | | | |
| | Asthma Red Zone | | Call 911 <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 vial (ampule) | <input type="checkbox"/> Inhaler with spacer, if provided <input type="checkbox"/> Nebulizer | For Emergency Symptoms | | | | | |
| As Needed PRN Meds | | | | | | | | | | |

Physician Printed Name: _____

Date: _____

Telephone: _____

MD Stamp below

Physician Signature: _____

Fax: _____

Para ser llenado por el Padre:

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/deportes de WCPSS antes o después de la escuela, yo soy responsable de contactar al asesor/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/entrenador el procedimiento médico o si se necesita compartir una copia de la información con ellos.

Yo solicito que:

- Se administre el medicamento a mi 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 yo libero a la Junta de Educación, sus agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad (obligación) que pueda resultar cuando mi hijo(a) tome el medicamento recetado.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____ **Teléfono:** _____ **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 during the school day or at school sponsored events in order to function at school. **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 medications for:

Asthma 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.

Printed Physician's Name: _____

Physician's Signature: _____ **Date:** _____

Para ser llenado por el Padre:

- 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 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: _____ **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.

Epinephrine Auto Injector Inhaler

Nurse Signature: _____ **Date:** _____

To be completed by student at school:

- I have demonstrated the use of my medication to the school staff listed.
- I plan to keep my medication and equipment with me at school.
- I will use only as prescribed by my doctor.
- 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:** _____