

# COLQUITT COUNTY SCHOOLS REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION (SPANISH)

If this form is properly completed and returned to the school nurse, the Colquitt County School System may assist parents when their child's physician has prescribed medication for the child. The medication will only be given if it is delivered to the nurse or his/her designee in the original bottle marked with the student's name, dosage, time of administration, physician, pharmacy, and the date of expiration.

Student's Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ FTE or SS # \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

## STATEMENT/ORDER OF PHYSICIAN

**Medication** \_\_\_\_\_ **Date of Prescription** \_\_\_\_\_

Number or amount of medication received: \_\_\_\_\_ **Dosage to be given** \_\_\_\_\_

**Time(s) to be given at school:** \_\_\_\_\_ **Discontinue medication on** \_\_\_\_\_

**Allergies:** \_\_\_\_\_ **Diagnosis:** \_\_\_\_\_

Possible medication side effects: \_\_\_\_\_

Action to be taken by school if any side effects: \_\_\_\_\_

Other medication the student is taking: \_\_\_\_\_

Other instructions: \_\_\_\_\_

Physicians Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Physician's Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN del PADRE/TUTOR

Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, por la presente solicito que el sistema escolar proporcione medicamentos al estudiante mencionado anteriormente. en los horarios que se indican a continuación. Entiendo que el sistema escolar no está legalmente obligado a administrar medicamentos al estudiante. Estoy de acuerdo en no entablar una demanda contra el sistema escolar por la administración o no administración del medicamento, para defender y eximir de responsabilidad al sistema escolar de cualquier responsabilidad que resulte de la administración o la no administración del medicamento, y defender e indemnizar al sistema escolar y sus empleados de cualquier responsabilidad derivada de este acuerdo. Entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente a la enfermera de la escuela o al personal de salud designado sobre cualquier cambio de medicación. Como padre/tutor, también autorizo al médico que prescribe mencionado anteriormente a discutir con el director o su miembro del personal designado cualquier asunto relacionado con el medicamento que se administrará o el tratamiento que se realizará.

**Hora(s) en que se dará en la escuela:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Teléfono del Hogar:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_

## PLAN DE SERVICIO PARA LA ESCUELA BASADO EN SERVICIOS DE MEDICAID

Mi hijo tiene Medicaid o Peachcare SI \_\_\_ NO \_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

**Mi hijo recibe servicios de Educación Especial SI \_\_\_ NO \_\_\_ Enfermera que esta en el IEP \_\_\_ Otro plan de salud \_\_\_**

Entiendo que el sistema escolar puede solicitar a Medicaid o Peachcare un reembolso parcial por la administración de este medicamento o procedimiento. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el sistema escolar reciba este pago de Medicaid o Peachcare.

He leído este formulario y entiendo mi responsabilidad hacia la escuela, la cual acepta ayudarme en este asunto de medicar/tratar a mi hijo en la escuela. Puedo cambiar/retirar el permiso por escrito en cualquier momento notificando al Director de Educación Especial.

El firmante autoriza al médico que prescribe, que se menciona a continuación, a dar cualquier información a la Junta Escolar o su designado sobre el medicamento/tratamiento a administrar. Yo, el firmante, autorizo a las Escuelas del Condado de Colquitt a dar información al médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
La fecha