



**ALLENTOWN SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES
AUTHORIZATION FOR MEDICATION DURING SCHOOL HOURS**

FOR THE PHYSICIAN:

Student name: _____ must receive medication prescribed by me for the following condition: _____

This medication must be given during school hours in order to maintain sufficient health and participation in the school program. Medication _____

Prescribed daily dosage _____

Time and dosage to be given in school _____

Duration period _____

Possible side effects _____

Permission to carry inhaler during school hours epi-pen during school hours for middle and high school Yes No

Permiso para tener/usar inhalador/epi-pen durante el horario escolar para Escuela Intermedia y Superior. Si No

Fecha _____ Physician Signature _____

Print Name of Physician _____ Phone Number _____

Para el Padre o Guardián:

Por este medio autorizo al Distrito Escolar de Allentown a administrarle el siguiente medicamento a mí Hijo/a (*Nombre*) _____, como lo recetó el doctor.

Estoy de acuerdo en traer el medicamento en una botella con etiqueta. La botella tendrá el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis prescrita, el nombre del medico, y el nombre de la farmacia.

Estoy de acuerdo que el Padre/Guardián debe estar al tanto de la cantidad de medicamento que se tiene en la escuela, y debe traer el abastecimiento necesario de tal medicamento.

Entiendo que en el momento que se cambiara la dosis prescrita, el padre y el medico han de completar nuevos formularios y el padre debe traer a la escuela el formulario con la nueva información.

Autorizo al Distrito escolar de Allentown comunicarse e intercambiar información con el doctor citado arriba.

Retraso/Apertura Tarde--Los medicamentos que se dan a cierto horario, NO serán dados más tarde en días de retraso al horario escolar. Deberían de ser administrados a la hora indicada en casa.

Paseos Escolares—Los medicamentos NO serán enviados a paseos escolares a menos que se hagan arreglos específicos con la enfermera de la escuela de su hijo/a.

Procedimientos en caso de Emergencias/Epinefrina--Por favor tenga presente que los procedimientos de emergencia de ASD se seguirán en caso de una emergencia. Las inyecciones de epinefrina serán administradas en el caso de que se demostrara síntomas de un ataque anafiláctico. Favor de comunicarse con la enfermera de la escuela de su hijo/a si tiene algunas preguntas o preocupaciones.

Estoy de acuerdo en recoger el medicamento o la medicina de mi hijo/a el último día de clases

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____

EL MEDICAMENTO O LA MEDICINA FUE RECOGIDA.

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____