



MINNEAPOLIS
PUBLIC SCHOOLS
Urban Education. Global Citizens.

Minneapolis Public Schools
Health Related Services
(Spanish version)



Date: _____
Entered in Disc. _____
Scanned to WebNow _____

Authorization for Administration of Medication at School
Permiso para administrar medicamentos en la escuela

Los Padres/Tutores que desean que el personal escolar administre medicamentos a su hijo en la escuela, deben dar su autorización por escrito cada año escolar y dicho permiso debe llevar la firma de los Padres o Tutores, además de la firma del médico del niño(a).

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ # de Identificación _____

Escuela: _____ Año escolar: _____ Salón / grado escolar: _____

Physician/licensed prescriber's order for Administration of Medication by School Personnel

NEW 2015-16 School Year: Medical Diagnosis & ICD-10-CM Code MUST be completed by Physician/Licensed Prescriber

Medical Diagnosis	ICD-10-CM Code	Medication	Dose	Time	Route	Possible Side Effects
1.						
2.						

Other considerations/directions: _____

Start date: _____ Stop date: _____

(All authorizations expire at the end of the school year or following the summer school session.)

Signature of Physician/Licensed Prescriber Print name of Physician/Licensed Prescriber Date

Clinic address Phone Fax

Autorización de los Padres / Tutores

- Yo solicito que los medicamentos mencionados arriba sean administrados durante las horas de escuela tal como lo ha ordenado el medico de mi hijo(a). También solicito que los medicamentos sean administrados durante las excursiones escolares, tal como se ha recetado.
- Yo avisaré al personal de la escuela de cualquier cambio con respecto al medicamento (por ejemplo, la dosis, la terminación del tratamiento , etc.)
- Yo autorizo que los medicamentos sean administrados por el personal escolar designado, entrenado y supervisado por la enfermera escolar.
- Legalmente, ustedes pueden rehusar firmar esta autorización de medicamentos. Si es así, no podremos administrar el medicamento a su hijo(a) en la escuela.
- Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, al enviar un aviso por escrito a la enfermera licenciada de la escuela.

Nota: los medicamentos deben presentarse en su frasco / envase original

Autorización para dar información

- Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse, si fuera necesario, con el personal escolar sobre la enfermedad de mi hijo(a) y la acción de los medicamentos que él o ella está tomando
- Autoriza a la enfermera de la escuela a consultarle al medico de mi hijo(a) con respecto a cualquier pregunta que ella tuviera acerca de los medicamentos enlistados y la enfermedad siendo tratado por dichos medicamentos.
- Autorizo al medico de mi hijo(a) a dar información relacionada a los medicamentos enlistados arriba y su enfermedad a la enfermera licenciada de la escuela.

Firma de los Padres / Tutores Fecha Parentesco con el estudiante

Favor de devolver a: _____ **Tel.** _____ **Fax:** _____

RN, Enfermera Licenciada de la Escuela

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES / TUTORES