



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

Table with 7 columns: Medical Diagnosis, ICD-10-CM Code, Medication, Dose, Time, Route, Possible Side Effects. Rows 1 and 2 are empty.

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

- 1. Yo solicito que los medicamentos mencionados arriba sean administrados durante las horas de escuela... 2. Yo avisaré al personal de la escuela... 3. Yo autorizo que los medicamentos sean administrados... 4. Legalmente, ustedes pueden rehusar firmar esta autorización... 5. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento...

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

Autorización para dar información

- 6. Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse, si fuera necesario, con el personal escolar sobre la enfermedad de mi hijo(a)... 7. Autoriza a la enfermera de la escuela a consultarle al medico de mi hijo(a)... 8. Autorizo al medico de mi hijo(a) a dar información relacionada a los medicamentos enlistados arriba...

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