

**Durham Public Schools
Parent Request and Providers' 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)	Provider's Comments
Daily Medication(s)	<input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Seizure <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Other: _____					
Emergency Medication(s)	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	Rectal	<input type="checkbox"/> At onset of seizure <input type="checkbox"/> After 5 minutes <input type="checkbox"/> After 10 minutes <input type="checkbox"/> Other: _____	
	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/Practice: _____

Date: _____

Physician Signature: _____

Phone or Fax: _____

Nurse Review/Signature and Date:

Para ser completado por los padres:

Yo entiendo que:

- El personal no médico realizara la administración del medicamento
- Es mi responsabilidad tener un adulto que transporte el medicamento a la escuela
- Si el medicamento no está disponible en la escuela para emergencias se llamará al 911
- Si mi hijo/a participa en actividades/deportes de las Escuelas Públicas De Durham antes/después de la escuela, asumiré la responsabilidad de notificar al asesor/entrenador de la condición médica de mi hijo/a. Proporcionaré medicamentos adicionales de emergencia que tal vez se necesiten durante las actividades Puedo comunicarme con la enfermera de la escuela si se necesita asistencia para instruir al asesor en un procedimiento médico o si es necesario compartir una copia de la información con ellos.
- **Solicito que:** Se le administre el medicamento indicado como lo ordeno el doctor.
- Si se ordena una inyección de emergencia, doy permiso para que la enfermera de la escuela instruya al personal designado en la técnica de administración.

Yo autorizo:

- La liberación e intercambio de información médica entre el proveedor de atención medica de mi hijo/a, la enfermera escolar, y a las Escuelas Públicas De Durham que sea necesaria para llevar a cabo servicios para mi hijo/a.

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo/a reciba medicamentos durante el horario escolar. Este medicamento ha sido recetado por un médico con licencia.

Por la presente libero a la Junta Directiva De Educación y a sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar que mi hijo tome los medicamentos recetados.

Firma del Padre o Tutor _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

ESTUDIANTE CARGA Y ADMINISTRA SU PROPIO MEDICAMENTO

DPS- Medication Order Form

Para ser completado por el doctor:

El estudiante debe tener los medicamentos listados en el reverso durante el día escolar o en los eventos patrocinados por la escuela para funcionar en la escuela. **No es necesario la supervisión de un adulto.** El estudiante ha sido instruido en el plan de tratamiento, autoadministración de los medicamentos alistados y ha demostrado el nivel de habilidad necesaria para administrarse los medicamentos de:

___ Asma ___ Alergia ___ Insulina Otros _____

Solo para el auto-inyector de Epinefrina

En caso de que el estudiante este experimentando dificultades respiratorias y no pueda administrar el auto-inyector de Epinefrina, la enfermera de la escuela capacitara al personal asignado de la escuela para administrar el auto inyector de Epinefrina y se llamara al 911

Printed Physician Name: _____

Physician Signature: _____ **Date:** _____

Para ser completado por el estudiante en la escuela

___ He demostrado el uso de mi medicamento al personal de la escuela que está en la lista.

___ Planeo llevar mis medicamentos y equipo conmigo en la escuela

___ Lo usare solo como ha sido recetado por el doctor

___ No permitiré que ninguna otra persona use mi medicamento

___ Notificare al personal de la escuela si estoy teniendo dificultad de lo habitual con mi condición física.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el Padre:

- Solicito y doy mi permiso para que mi hijo lleve y se administre el medicamento listado en la parte inferior durante el día de escuela, en actividades patrocinadas por la escuela o durante el tránsito a o de camino a la escuela. **No es necesaria la supervisión de un adulto**

Entiendo que:

- Proporcionare medicamentos de respaldo a la escuela (además de lo que el estudiante llevará) que se mantendrá en la escuela.
- Mi hijo/a deberá demostrar el nivel de habilidad necesario para usar el medicamento auto administrado al personal de la escuela entrenado por el personal de la escuela.
- Mi hijo estará sujeto a medidas disciplinarias si los medicamentos se usan de cualquier otra manera.

Para la inyección automática de Epinefrina:

En caso de que mi hijo tenga dificultad respiratoria y no se lo pueda administrar El auto-inyector de Epinefrina ordenado por el doctor, un miembro capacitado del personal de la escuela puede administrar el auto-inyector de Epinefrina y llamar al 911.

He observado que mi hijo/a a demostrado el nivel de habilidad para implementar el plan de atención recetado por su proveedor de atención médica

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:** _____