

**CURRITUCK COUNTY SCHOOLS
PERMISSION TO ADMINISTER MEDICATION**

STUDENT'S NAME: _____ DOB: _____

SCHOOL: _____ TEACHER/GRADE: _____

PHYSICIAN'S NAME AND TELEPHONE #: _____

The Currituck County School System attempts to discourage administration of drugs or medications in the schools. However, if a physician decides it is necessary for a student to receive drug or medication during the school day, and a parent is unable to make other arrangements, we must have authorization and specific instructions from that physician. The following information **must** be provided before any prescription or over the counter medication can be administered at school.

Medication: _____ Color: _____
(include trade name prescription #.) (if applicable)

Tablet Ointment Capsule Inhalation Liquid Other

Other (specify): _____

Dosage (amount to be given): _____

Relationship to meals: _____

How often or at what time: _____

Side Effects (expected or predictable): _____

What to do if side effects occur: _____

No injection will be given except in extreme emergency, such as allergy to wasp or bee sting. In order to keep this child in optimum health and to help maintain maximum school attendance and performance, it is necessary that a drug or medication be given during school hours.

Physician's Signature

Date

PARENT'S PERMISSION

I request and give permission for the school to administer the above drug or medication prescribed by my child's physician to be given during school hours. I hereby release the School Board and its agents and employees from any and all liability that may result from the administration of the above drug or medication.

I agree to send the drug or medication in a properly labeled container from the pharmacy.

Parent or Guardian Signature

Telephone Number

Currituck County Schools
PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA: _____ PROFESOR/GRADO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____

El Sistema Escolar del Condado de Currituck desaconseja la administración de medicamentos en las escuelas. Sin embargo, si un médico decide que es necesario que un estudiante reciba medicamentos durante el día escolar y un padre no puede hacer otros arreglos, debemos tener autorización e instrucciones específicas de ese médico. Se debe proporcionar la siguiente información antes de que se pueda administrar cualquier medicamento recetado o sin receta en la escuela.

Medicamento: _____ Color: _____
(incluya el nombre comercial # de receta) (si corresponde)

Tableta Ungüento Cápsula Inhalación Líquido Otro

Otro (especifique): _____

Dosis (cantidad a entregar): _____

Relación con las comidas: _____

Con qué frecuencia o a qué hora: _____

Efectos secundarios (esperados o predecibles): _____

Qué hacer si ocurren efectos secundarios: _____

No se administrará ninguna inyección excepto en casos extremos. emergencias, como la alergia a la picadura de avispa o abeja. Para mantener a este niño en óptima salud y ayudar a mantener la máxima asistencia y rendimiento escolar, es necesario que se le administre un fármaco o medicamento. ser dado durante el horario escolar.

Firma del médico/Fecha: _____

PERMISO DE LOS PADRES

Solicito y doy permiso para que la escuela administre el medicamento mencionado anteriormente o el medicamento recetado por el médico de mi hijo durante el horario escolar. Por la presente libero a la Junta Escolar y a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de la administración del fármaco o medicamento mencionado anteriormente. Acepto enviar el fármaco o medicamento en un recipiente debidamente etiquetado desde la farmacia.

Padre/Firma del tutor/Número de teléfono: _____