

**EL PASO COUNTY
SCHOOL HEALTH SERVICES MEDICATION PERMIT
PRACTITIONER'S WRITTEN ORDER/PARENT CONSENT**

If medication and/or a health care procedure is to be administered during regular school hours for illness or disability, it is necessary for the District to receive the following:

1. A Practitioner's Written Order/Parent Consent statement dated for the CURRENT school year signed by the parent, legal guardian or other person(s) having legal authority of the student AND the attending practitioner licensed to practice medicine in the State of Texas.
2. Original container with prescription label from a registered pharmacist licensed to practice in the United States with current date, student's name, dose to be given, time(s) to be given, and medication route to be given.
3. The student is not allowed to carry his/her own medication or to self-administer the medication unless ordered by the licensed practitioner. **(Students need Parent Permission and a Written Order from a Licensed Practitioner to carry Inhalers, EpiPen and insulin pumps.)**
4. ONLY medications and/or health care procedures prescribed in writing by the attending practitioner licensed to practice medicine in the state of Texas are to be administered. The following will not be administered by any school personnel: Medication prescribed and/or purchased in foreign countries.

ALL NURSES WHEREVER EMPLOYED MUST OBSERVE THE LAW THAT REQUIRES THEM TO HAVE A WRITTEN PRACTITIONER'S ORDER BEFORE THE ADMINISTRATION OF ANY MEDICATION.

AT THE END OF THE SCHOOL YEAR, ALL UNCLAIMED MEDICATION WILL BE DESTROYED ON THE LAST DAY OF SCHOOL.

TO BE COMPLETED BY THE PARENT AND RETURNED TO THE SCHOOL NURSE

Name of Student _____ DOB _____ I.D.# _____

I, _____, give my permission for my child to receive the medication(s) listed below as directed by the attending practitioner. I do hereby give my consent for the release and exchange of information contained in the medical record of my child.

- Yes No My child has my permission to carry his/her inhaler, EpiPen, and/or insulin pump as ordered by the practitioner.
- Yes No I give permission for my child to have his/her inhaler/medication administered by trained school personnel.

Parent's/Guardian's Signature Home Telephone Cell Phone/Beeper # Work Telephone Date

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER

Diagnosis: _____

Medication #1 _____
Name Strength Dose Time (at school) Route

Medication #2 _____
Name Strength Dose Time (at school) Route

Length of Time for Present School Year: Yes _____ No _____ Are there any Restrictions/Precautions? ____ Yes ____ No
If yes, what and how long? _____

Yes No If above medication is an inhaler, epinephrine, insulin pump, or glucagon, and the student is capable of self-administration, do you recommend that this child carry his/her own medication?

Allergies – Medication/food/other: (Please list) _____

Printed Name of Practitioner Practitioner's Signature Telephone Number Date

**CONDADO DE EL PASO
SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES – PERMISO DE MEDICAMENTOS
ORDEN ESCRITA DEL FACULTATIVO/CONSENTIMIENTO DEL PADRE**

Si es necesario administrar algún medicamento y/o un procedimiento de cuidado de salud al estudiante durante el horario regular escolar por alguna enfermedad o incapacidad, es necesario que el Distrito reciba lo siguiente:

- Una declaración de Orden Escrita del Facultativo/Consentimiento del Padre con fecha del año escolar ACTUAL firmada por el padre, tutor legal, u otra persona con autoridad legal para el estudiante y firmada por el facultativo con licencia para practicar medicina en el Estado de Texas.
- El recipiente original con la etiqueta de receta de un farmacéutico registrado con licencia para practicar en los Estados Unidos, con fecha actual, nombre del estudiante, dosis que ha de ser administrada, hora y vía de administración.
- No se le permite al estudiante llevar consigo su propio medicamento o administrarse su medicamento, a menos que sea ordenado por el facultativo. **(Los estudiantes necesitan Permiso de los Padres y una Orden por Escrito del Facultativo, para traer en su persona Inhalantes, EpiPen, o pompas de insulina.)**
- Se han de administrar SOLO los medicamentos y/o los procedimientos de cuidado de salud prescritos por escrito del facultativo con licencia para practicar medicina en los Estados Unidos. Los artículos mencionadas a continuación no serán administradas por ningún personal escolar: medicamento prescrito y/o comprado en países extranjeros.

TODAS LAS ENFERMERAS DONDEQUIERA QUE SEAN EMPLEADAS DEBERÁN OBSERVAR LA LEY QUE REQUIERE QUE TENGAN UNA ORDEN POR ESCRITO DEL FACULTATIVO ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER MEDICAMENTO. AL FIN DEL AÑO ESCOLAR, TODOS LOS MEDICAMENTOS NO RECLAMADOS SERÁN DESTRUIDOS EL ÚLTIMO DÍA DE CLASES.

SE DEBE COMPLETAR POR EL PADRE Y REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA ESCOLAR

Nombre del Estudiante _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

Yo, _____, doy permiso para que se le administre a mi hijo el medicamento aquí mencionado, según la orden del facultativo. Por la presente doy mi consentimiento para que se comparta e intercambie la información contenida en el expediente médico de mi hijo.

- Sí No Autorizo a mi hijo que cargue en su persona su inhalante, EpiPen, y/o pompa de insulina, según las ordenes del facultativo.
- Sí No Autorizo que se le administre a mi hijo su inhalante/medicamento por personal escolar.

Firma del Padre/Tutor Legal Número de Teléfono, Hogar Celular/Beeper Número de Teléfono –Trabajo Fecha
(SE DEBE COMPLETAR LA PARTE DE ABAJO POR UN FACULTATIVO CON LICENCIA)

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER

Diagnosis: _____

Medication #1	Name	Strength	Dose	Time (at school)	Route

Medication #2	Name	Strength	Dose	Time (at school)	Route

Length of Time for Present School Year: Yes ____ No ____ Are there any Restrictions/Precautions? ____ Yes ____ No

If yes, what and how long? _____

Yes No If above medication is an inhaler, epinephrine, insulin pump, or glucagon, and the student is capable of self-administration, do you recommend that this child carry his/her own medication?

Allergies – Medication/food/other: (Please list) _____

Printed Name of Practitioner Practitioner’s Signature Telephone Number Date

FAX



EL PASO
INDEPENDENT
SCHOOL DISTRICT