



Request for Administration of Prescription and Nonprescription Medication by School Personnel (not to be used for Epinephrine or Inhalers)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela/Grado/Maestro: _____

- El médico con licencia en el estado de Ohio, que proporciona atención médica al estudiante, debe completar y firmar la Sección I de esta forma cada año escolar.
- El padre/guardián legal debe completar y firmar la Sección II de esta forma cada año escolar.
- La forma completada debe estar en el expediente de salud del estudiante antes de que el medicamento, con receta o sin receta, sea administrado por el personal de la escuela. Se requiere una forma separada para cada medicamento.
- El medicamento debe estar en el envase original proporcionado por el médico, farmacéutico o fabricante y será almacenado en la clínica de la escuela.

I. Prescriber's Section

Prescriber's name/title (printed): _____ Phone: _____

This is to certify that the student named above is under my care and should receive the following medication at the following times during the school day:

Medication name and strength	
Dose	
Route	
Time (during school or school activity)	
Severe adverse reactions to be reported to prescriber	
Special instructions for administration	
Possible side effects	
Special storage instructions	
Starting & ending date of this request	Start _____ End _____

Prescriber's signature/title: _____ Date: _____

Address: _____ Emergency contact #: _____

II. Sección del Padre/Guardián Legal

Por la presente solicito y doy mi permiso al personal del distrito escolar para que administre este medicamento recetado a mi hijo(a) de acuerdo con las órdenes escritas específicas de nuestro proveedor médico. Por la presente libero a los empleados escolares y a la Junta de Educación de responsabilidad por daños, enfermedades o lesiones que resulten de realizar o no realizar cualquier asistencia solicitada.

Soy responsable de entregar este medicamento a la clínica de la escuela y notificaré a la escuela inmediatamente si cambiamos de médico o si necesitamos que este medicamento sea discontinuado.

Estoy de acuerdo en presentar una *Solicitud revisada para la Administración de Medicamentos con o Sin Receta por parte del Personal Escolar* (forma 5330 F1) si se realiza algún cambio al medicamento anterior.

Entiendo que este medicamento solo puede ser administrado a mi hijo por la enfermera de la escuela o por mí hasta que el personal sin licencia médica de la escuela de mi hijo haya completado la capacitación requerida por el Distrito. En ausencia de una persona con licencia médica, como una enfermera escolar, solo el personal designado y capacitado está autorizado a realizar esta tarea.

Si este medicamento es requerido para actividades extracurriculares, acepto proporcionar una dosis separada al personal escolar que supervisa las actividades extracurriculares de mi hijo(a).

Doy mi consentimiento para la comunicación entre el doctor o clínica que prescribe, la enfermera escolar, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica de salud de la escuela como sea necesario para el control médico.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono durante el día: _____

Medication Intake / Sign Out

Students
5330 F1
Page 2 of 2
Revised 3/21/23

Student name: _____

Medication: _____

Date	Time	Quantity	Initials		Event Description - list INTAKE or SIGN OUT AND additional details (i.e., field trip, med request, med error, wasted etc)	Date Returned	Time Returned	Quantity Returned	Initials Returned	

Month	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN
Discrepancy	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Initials											

Disposal Directions:
 All meds should be returned to parent/guardian of appropriate student. If multiple attempts were made unsuccessfully, please complete the following procedure.
 All non-controlled medications should be disposed of in sharps container in the presence of the building administrator or SRO.
 All controlled medications should be disposed of in the community prescription drug drop box.
 All controlled medication must be disposed of in the presence of two (2) staff members, one of which must be the SRO or an administrator. Both signatures are required.

Date	Medication	Dose	Qty	Manner of disposal	Signature	Signature
------	------------	------	-----	--------------------	-----------	-----------