

**REQUEST TO PROVIDE MEDICATION DURING SCHOOL HOURS**  
**Columbus Public Schools**  
**Health Services**

**IMPORTANT INFORMATION FOR PARENTS/GUARDIANS:**

Medication may be administered at school when such treatment is necessary for school attendance and cannot otherwise be accomplished. Your written consent is required **prior** to school personnel administering medication to a child in school. By signing below, you acknowledge the following:

- ❖ If needed, the prescribing physician may be contacted by the school nurse for clarification on medication administration.
- ❖ Your child's medication may be given by a school nurse, health aide or by other designated school personnel.
- ❖ The school health office should be notified promptly if there are changes in your child's medication orders.
- ❖ All medication products must be sent to the school in the original container with label intact.
- ❖ Parents/Guardians are encouraged to provide one to two weeks' supply of medication.

---

**WRITTEN PARENTAL CONSENT**

Name of Student: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

Time(s) and Dose to be given: \_\_\_\_\_ Time given at home: \_\_\_\_\_

Reason for medication: \_\_\_\_\_

Form of Medication:  Capsule/Tablet  Liquid  Inhaler/Nebulizer  Injection  Other

Special Administration procedures:  Crush pill  With food  None  Other \_\_\_\_\_

Special Storage requirements:  Locked Storage  Refrigeration  None

Any anticipated Side Effects or Restrictions: \_\_\_\_\_  None Anticipated

Prescribing Physician: \_\_\_\_\_

Medication start date: \_\_\_\_\_ Discontinue date: \_\_\_\_\_

*I hereby give permission for my student \_\_\_\_\_ to take the above prescribed medication at school. I absolve school personnel and the school district from liability stemming from adverse reactions and all other adverse effects which may occur because of the administering of such prescribed medication.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Parent/Guardian                      Relationship                      Date                      Telephone \_\_\_\_\_

For office use

Date Form Received:	Staff Initials:
---------------------	-----------------

**PERMISO PARA PROVEER MEDICAMENTO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR**  
**Escuelas Públicas de Columbus**  
**Servicios Médicos**

**INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS PADRES/TUTORES:**

Se puede administrar medicamento en la escuela cuando dicho tratamiento sea necesario para la asistencia escolar y de lo contrario no se pueda lograr. Su consentimiento escrito es requerido **antes** de que el personal escolar administre medicamento al alumno en la escuela. Al firmar abajo, usted reconoce lo siguiente:

- ❖ Si fuera necesario, la enfermera escolar se puede comunicar con el médico recetando el medicamento para aclaraciones sobre la administración del medicamento.
- ❖ La enfermera escolar, asistente médico u otro personal escolar designado puede darle el medicamento a su hijo(a).
- ❖ Debe notificar prontamente a la enfermería escolar si hay cambios en la orden médica de su hijo(a).
- ❖ Todo medicamento debe venir a la escuela en el envase original con la etiqueta intacta.
- ❖ Los padres/tutores deben proveer medicamento para uno o dos semanas.

---

**CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LOS PADRES**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Hora(s) y Dosis que dar: \_\_\_\_\_ Hora dado en casa: \_\_\_\_\_

Motivo por el medicamento: \_\_\_\_\_

Forma de Medicamento:  Cápsula/Tableta  Líquido  Inhalador/Nebulizador  Inyección  Otro

Procedimiento Especial de dar:  Moler píldora  Con comida  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

Almacenamiento Especial:  Bajo llave  Refrigerado  Ninguno

Algún Efecto Secundario o Restricciones: \_\_\_\_\_  Ninguno

Médico Recetante: \_\_\_\_\_

Fecha de Iniciación: \_\_\_\_\_ Fecha de Descontinuar: \_\_\_\_\_

*Por la presente doy permiso de que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ tome el medicamento recetado arriba en la escuela. Yo absuelvo al personal escolar y al distrito escolar de obligaciones que surjan por reacciones adversas y todo otro efecto adverso que pueda ocurrir por la administración de dicho medicamento recetado.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor                      Relación                      Fecha                      Teléfono

Solo para uso de oficina

Date Form Received:	Staff Initials:
---------------------	-----------------

**RELEASE FOR ADMINISTERING  
NON-PRESCRIPTION MEDICATION IN SCHOOL**

Procedures for Columbus High School

1. Medications will be administered by the nurse, secretary or by the student.
2. There is a locked storage area for medications available in the nurse's office.
3. Verbal permission by a parent/guardian is valid for the initial day of dosage for medications. Written permission must be received prior to continuing the administration of medication. Permission forms are available at the nurse's office.
4. Non-prescription medications must be in a property labeled container. Do not send medications in plastic bags.
5. Students may keep non-prescription medications in their lockers.

I request that school personnel administer the following medication(s) to my child. Check all that apply:

Generic Tylenol (2 tabs)  
 Generic Antacid (2 Tbsps.)

Generic Ibuprofen (2 tabs)  
 Cough Drops (2 drops)

\_\_\_\_\_

*Student's Name*

*Grade*

*Date*

PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION:

Allergies \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The time medication is administered at school as needed every four hours.

\_\_\_\_\_

.....

I absolve school personnel and the school district from liability stemming from adverse reactions and all other adverse effects, which may occur because of the administering of such medication.

\_\_\_\_\_

*Signature of Parent/Guardian*

*Date*

**EL PERMISO PARA ADMINISTRAR  
LOS MEDICAMENTOS SIN RECETAS**

Procedimientos para la Preparatoria de Columbus (CHS)

1. Todos los medicamentos estarán administrados por la enfermera escolar, la secretaria, o por los estudiantes mismos.
2. Hay una área cerrada con llave disponible en la oficina de la enfermera donde uno puede guardar todos los medicamentos.
3. Los padres/apoderados pueden dar su permiso verbal y esto es válido para el día inicial de la administración del medicamento. Se necesita un permiso por escrito por parte de los padres/apoderados antes de continuar con la administración del medicamento. Se puede conseguir los permisos en la oficina de la enfermera.
4. Los medicamentos sin receta deben estar en un frasco con la etiqueta apropiada. Favor de no mandar los medicamentos en una bolsa plástica.
5. Los estudiantes pueden guardar los medicamentos sin receta en sus cajones con llave.

Pido que el personal de la escuela administre el (los) siguiente (s) medicamento (s) a mi hijo/a-  
Favor de marcar cada uno:

Tylenol genérico- 2 tabletas

Ibuprofen genérico- 2 tabletas

Pepto Bismal genérico- 2 cucharadas

Cough drops para la tos- 2 pastillas

---

*nombre del estudiante*

*grado*

*fecha*

**FAVOR DE DARNOS LA SIGUIENTE INFORMACION:**

Alérgias \_\_\_\_\_

El horario indicado cuando se necesita tomar el medicamento en la escuela, como necesario, cada 4 horas.

.....

Absuelvo al personal de la escuela y del distrito escolar de cualquier responsabilidad que podría incurrir en caso de una reacción adversa y de todos los efectos adversos que podrían ocurrir como resultado de la administración de tal medicamento.

---

Firma del padre/apoderado

fecha