



PARENT/GUARDIAN CONSENT FOR MEDICATION ADMINISTRATION AT SCHOOL
Springfield Prep Charter School

Student's name _____

Parent/Guardian Contact Information

Parent/Guardian printed name _____

Telephone number—Home: _____ Cell Phone number _____

Telephone number—Work: _____

Telephone number—Emergency: _____

Emergency Contact Information

Other person(s) to be notified in case of medication emergency:

Name: _____ Telephone number: _____

Medication Information/Permission

My son/daughter is currently receiving the following medications (to be completed if not in violation of confidentiality): _____

My son/daughter has the following food or drug allergies: _____

I consent to have the school nurse or school personnel designated by the School Nurse administer the medication prescribed by:

_____ (*Licensed Prescriber*) to _____ (*Student's Name*)

I give permission for my son/daughter to self-administer medication, if the school nurse determines it is safe and appropriate. ____ Yes ____ No

I give permission to the School Nurse to share information relevant to the prescribed medication administration as he/she determines appropriate for my son's/daughter's health and safety. ____ Yes ____ No

I understand I may retrieve the medication from the school at any time; however, the medication will be destroyed if it is not picked up within one week following termination of the order or one week beyond the close of school. ____ Yes ____ No

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

Relationship to student _____



**CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA
Springfield Prep Charter School**

Nombre de Estudiante _____

Información de Contacto de Padre/Guardián

Nombre de Padre/Guardián _____

Numero teléfono—Casa: _____ Número de Celular _____

Numero teléfono —Trabajo: _____

Numero teléfono —Emergencia: _____

Información de Contacto de Emergencia

Otra persona(s) para ser notificada en caso de emergencia de medicamentos:

Nombre: _____ Numero teléfono: _____

Información/Permiso de Medicamento

Mi hijo / hija está actualmente recibiendo los siguientes medicamentos (para ser completado si no en la violación de la confidencialidad): _____

Mi hijo / hija tiene alergias a los siguientes alimentos o medicamentos: _____

Me consentimiento para que la enfermera escolar o personal escolar designados por la enfermera de la escuela administrar el medicamento prescrito por:

_____ (Prescriptor Licenciado) a _____ (Nombre Estudiante)

Doy permiso para que mi hijo / hija auto-administrarse la medicación, si la enfermera de la escuela determina que es seguro y apropiado. ____Si ____No

Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante a la administración de la medicación prescrita como él / ella determine apropiado para la salud y la seguridad de mi hijo / hija.

____Si ____No

Entiendo que puedo recuperar el medicamento de la escuela en cualquier momento; Sin embargo, el medicamento será destruido si no es recogido dentro de una semana después de la terminación de la orden o una semana más allá del cerrar de la escuela. ____Yes ____No

Firma de Padre/Guardián _____

Fecha _____

Relación al Estudiante _____