

Request for Medication Administration at Pinnacle Charter School, Fax 720 274 2056

Required by Colorado law for All Prescription or Over-the-Counter Medications

The parent/guardian of _____ (student's name) request that the school nurse or medication trained staff give the medication listed below (name, medication, dose, time, condition) , according to the Health Care Provider's signed instructions below. *Parent/guardian must:*

1. **Furnish medicine & pick up expired or unused medication** within one week or medication will be disposed. General medications are sent home the last week of school unless it is a controlled substance or an Epi-pen.
2. **Prescription and/or Over the counter medication** must come *with a doctor's order, parent permission, & plus be in the original container.* Pharmacy-labeled container must have the name of the student, the medicine, time to be given, dosage amount, the date medicine is to be stopped, and the licensed health care provider's name. Pharmacy name and phone number must also be included on the label.
3. **Sharing of information:** By signing this document, I give permission for my child's health care provider to share information about this medication/condition with the nurse, school staff, other health care providers, or the pharmacy. It is understood that the medication is administered solely at the request of& as an accommodation to the undersigned parent or guardian.
4. **Release of liability:** In consideration of the acceptance of the request to perform this service by the school nurse or other designee employed by PCS & it's district, the undersigned parent or guardian hereby agrees to release PCS, its district, and its personnel from any legal claim which they now have or may hereafter have arising out of side effects or other medical consequences of the medication.

I hereby give my permission for above student to take the prescription medication as ordered.

Parent/Legal Guardian's Printed Name

Yes No Student May Carry Medication Home at End of Year?
Grade: _____ Teacher: _____ Ext: _____ RM: _____

Parent/Legal Guardian's Signature

Home & Cell Phone

Email: _____

Work Phone

Health Care Provider Authorization to Administer Medication at School (to be filled out by prescribing provider)

Student: _____ Birth date: _____

Medication (one per form): _____ Dose: _____ Route: _____

To be given at the following time(s): _____ Allergies: Insects Food Other? _____

Condition/Purpose of medication: _____ Special Instructions: _____

Reportable Side effects: _____ Other: _____

NOTE: *If either Asthma Inhaler or Epi-pen ordered:* May Student carry? Yes No May Student 'self-administer'? Yes No

Starting Date: _____ Ending Date: _____ OR until end of school year

Other medications student is on: _____

Print HCP Name: _____ License Number: _____ Office Phone: _____

Signature of HCP w/ Prescriptive Authority _____ Office FAX: _____

****Please ask the pharmacist for a separate medicine bottle to keep at school. Thank you!**

**AVISO A LOS PADRES CON RELACION DE
ADMINISTRACION DE MEDICACION DE LA ESCUELA, Fax 720 274 2056**

El padre de _____ (Nombre de estudiante) da permiso a la enfermera de la escuela o
entrenados empleados para dar administración de medicina para dar los siguientes medicamentos
_____(Nombre) y _____ (Dosis) _____ (Cuántas veces) a mi hija o hijo con las
instrucciones del doctor que están incluidas abajo. Padres deben de:

1. **Someter a un nuevo suplemento de medicación para su hijo (a) antes de que el medicamento se termine en la escuela, le garantiza administración regular como lo dirigió el doctor-** dentro de una semana sino dispones de la medicación.
2. **Receta de medicaciones-** debe de venir con una nota del doctor y con la escritura de instrucción de la farmacia en la medicina con el nombre del estudiante, medicina, la hora de administración, el dosis, cuando la medicina debe de parar, y el licenciado doctor. Nombre de la farmacia y el número debe de estar incluido en la etiqueta.
3. **Medicinas que puede usted atener en la tienda:** -Necesitan venir con una nota del doctor y con una etiqueta con el nombre del estudiante y el paquete original. La dosis debe de estar idéntico de lo que el doctor escribió.
4. **Compartiendo Información:** - Firmando este documento yo doy consentimiento que el doctor puede compartir información con la enfermera en la escuela o empleados asignados acerca de la administración de medicamento. Esta, entendido que la medicación está administrada por la petición o llegar a un acuerdo con el padre.
5. **Liberar De Responsabilidad:**- En consideración de aceptar que la enfermera de la escuela haga este servicio o otro empleado asignado del distrito de la escuela, el padre o guardián libera cualquier reclamación legal de cualquier efectos secundarios o consecuencias medicales de la medicina.

Yo doy permiso para que el estudiante de arriba tome la receta en la escuela como esta ordenada.

Firma del padre/Guardián _____ Fecha: _____

Imprimir su Nombre del padre of guardián _____ Teleponono: _____

SI NO Estudiante puede llevarse su medicación al final del año?

Health Care Provider Authorization to Administer Medication at School (to be filled out by-prescribing provider)
Esta parte tiene que ser llenado po su doctor de salud.

Student: _____ Birth date: _____

Medication (one per form): _____ Dose: _____ Route: _____

Time(s): _____ Allergies: Insects Food _____

Condition/Purpose of medication: _____ Special Instructions: _____

Reportable Side effects: _____ Other: _____

NOTE: **If either Asthma Inhaler or Epi-pen ordered:** May Student carry? Yes No May Student 'self-administer'? Yes No

Starting Date: _____ Ending Date: _____ OF until end of school year

Other medications student is on: _____

Printed HCP Name: _____ License Number: _____ Office Phone: _____

Signature /HCP Prescriptive Authority: _____ Office FAX: _____

****Please ask the pharmacist for a separate medicine bottle to keep at school. Thank you!**