

Building	Phone	Fax
High School	353-7800	353-7807
Middle School	353-6900	353-6913
Washington	353-7895	353-7898
Buchanan	353-7875	353-7877
Madison	353-7885	353-7888



AUTHORIZATION AND RELEASE FOR MEDICATION

Huron Public Schools

I hereby authorize officials at Huron School District to supervise the below stated medication/medical procedure for:

Student's name: _____ Dr. _____

Student's date of birth: _____

For students at Huron Middle/High School Stock Tylenol or Ibuprofen may be used: Check the appropriate medication and dose based on your preference and child's age.

- My child is less than 12 years old – Give Tylenol 325mg 1-2 tablets as needed one time a day at school.
- My child is 12 years old or older – Give Tylenol 500mg 1-2 tablets as needed one time a day at school.
- My child is 12 years old or older – Give Ibuprofen 200mg 1-2 tablets as needed one time a day at school.

*Students at Huron High School are allowed to carry over the counter medication

*For all other medication complete the information below and bring the supplies to school.

• Medication Name

/Strength _____

• Instructions: _____

• Duration _____

• Reason child is taking medication/receiving medical procedure:

• Precautions and reactions to observe and report:

I request and authorize school personnel to administer the medication/procedures prescribed on this form to my child. I will furnish all supplies and equipment necessary for services. I understand the medication/services for physician-prescribed services must be provided in the original container, identifying the name and telephone number of the pharmacy, the student's name, physician's name, and dosage of the medication. I understand that the school district and individuals involved will not be held liable from any adverse effects of the medication. I give permission for communication that may be necessary between the prescribing physician and school nurse to insure safe medication administration for my child. In addition, I understand that I am responsible to pick up unused medication one week after the last dose is given if during

the school year and on or before the last day of school. If the medication is not picked up, it will be destroyed.



Date	Parent/Guardian Signature
------	---------------------------

Date	Doctor Signature(Required for all prescription medications/medical procedures)
------	--

Escuela	Teléfono	Fax
High School	353-7800	353-7807
Middle School	353-6900	353-6913
Washington	353-7895	353-7898
Buchanan	353-7875	353-7877
Madison	353-7885	353-7888

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Huron Public Schools (Escuelas Públicas de Huron)

Yo, por medio de este documento, autorizo a los oficiales de la escuela Huron School District a supervisar la administración del medicamento/ procedimiento médico para:

Nombre del estudiante: _____ Dr. _____

fecha de nacimiento del estudiante: _____

Para los estudiantes de Huron Middle/High School, se puede utilizar el Tylenol o Ibuprofeno en stock: Marque el medicamento y la dosis apropiados basado de la preferencia y edad de su hijo.

- Mi hijo tiene menos de 12 años– administrar Tylenol 325mg, 1-2 tabletas, al ser necesario, 1 vez al día en la escuela.
- Mi hijo tiene 12 años o más –administrar Tylenol 500mg, 1-2 tabletas, al ser necesario, 1 vez al día en la escuela.
- Mi hijo tiene 12 años o más –administrar Ibuprofeno 200mg, 1-2 tabletas, al ser necesario, 1 vez al día en la escuela

Los estudiantes de Huron High School pueden llevar medicamentos de venta libre. Para todos los demás medicamentos, complete la información a continuación y traiga los suministros a la escuela.

- Nombre / fuerza de la medicación

- Instrucciones

- Duración _____

- Razón por la cual el niño toma el medicamento o se somete al procedimiento médico

- Precauciones y reacciones para observar y reportar:

Yo solicito y autorizo al personal de la escuela a administrar a mi hijo el medicamento y/o los procedimientos descritos en este formulario. Yo proporcionaré todos los suministros y equipo necesario para estos servicios. Yo entiendo que los medicamentos y/o los servicios para servicios recetados por un médico tienen que ser proporcionados en el envase original, y se tiene que identificar el nombre y número telefónico de la farmacia, el nombre del estudiante, el nombre del médico, y la dosis del medicamento. Yo entiendo que el distrito escolar y los individuos involucrados no serán responsables de ningún efecto adverso del medicamento. Yo doy permiso para que haya comunicación necesaria entre el médico que da la receta y la enfermera de la escuela para asegurar una administración segura del medicamento para mi hijo. Además, yo entiendo que es mi responsabilidad levantar el medicamento sobrante una semana después de administrar la última dosis si se administra durante el año escolar. Yo tengo que levantar el medicamento el último día de clases o antes; si no, el medicamento será destruido.

Fecha

Firma del padre/guardián

Fecha

Firma del doctor(Requisito para todos los fármacos/procedimientos médicos)