

Authorization and Permission for Administration of Medication SY 2020-21
Autorización y permiso para la administración de medicamentos SY 2020-21

<hr/> Last Name, First Apellido primero	<hr/> Birthdate Apellido primero	<hr/> School /Grade Grado escolar	<hr/> Date Fecha
---	--	---	----------------------------

School medications, prescription or over-the counter, are administered following these Berkeley School District 87 requirements and Illinois State Board of Education guidelines:

- Physician/Prescriber signed and dated authorization to administer the medication.*
- Parent signed and dated authorization to administer the medication.*
- The medication is in the original labeled container as dispensed or the manufacturer's labeled container.*
- The medication label contains the student name, name of the medication, directions for use and date.*
- Annual renewal of authorization and immediate notification, in writing, of any changes.*

Los medicamentos escolares, recetados o de venta libre, se administran siguiendo estos Requisitos del Distrito Escolar de Berkeley 87 y pautas de la Junta de Educación del Estado de Illinois:

- Médico / Prescriber con autorización firmada y fechada para administrar el medicamento.*
- Autorización firmada y fechada por los padres para administrar el medicamento.*
- El medicamento está en el envase original etiquetado como se dispensa o en el envase etiquetado del fabricante.*
- La etiqueta del medicamento contiene el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, las instrucciones de uso y la fecha.*
- Renovación anual de autorización y notificación inmediata, por escrito, de cualquier cambio.*

Physician Authorization:

<hr/> Medication	<hr/> Dosage	<hr/> Time to be administered
-------------------------	---------------------	--------------------------------------

<hr/> Diagnosis	<hr/> Expected side effects if any
------------------------	---

Other medications student is taking

May student self-administer medication under supervision of school nurse or designate?
(Parental authorization form must be signed) **(Please circle) YES / NO**

Administration Instructions:

Date for Discontinue/Re-Evaluation (**circle one**). *Authorizations must be renewed each school year.*

***For asthma inhalers only-** attach copy of prescription label and complete Parental Authorization only

<hr/> Prescriber's Signature	<hr/> Date
<hr/> Prescriber's Emergency Phone#	<hr/> Prescriber's Office Address Stamp

Parental Authorization/ Autorización de los padres:

I herewith acknowledge that I am primarily responsible for administering medication to my child. However, in the event that I am unable to do so or in the event of a medical emergency, I hereby authorize (Berkeley School District 87) and its employees and agents, on my behalf and stead, to administer or to attempt to administer to my child (or to allow my child to self-administer, while under the supervision of the employees and agents of the School District), lawfully prescribed medication in the manner described above. I acknowledge that it may be necessary for the administration of medications to my child to be performed by an individual other than a school nurse, and specifically consent to such practices. I further acknowledge and agree that, when the lawfully prescribed medication is so administered or attempted to be administered, I waive any claims I might have against the School District, its employees and agents arising out of the administration of said medication. In addition, I agree to hold harmless and indemnify the School District, its employees and agents, either jointly or severally, from and against any and all claims, damages, causes of action or injuries incurred or resulting from the administration or attempts at administration of said medication.

Por la presente, reconozco que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por la presente autorizo (Berkeley School District 87) y sus empleados y agentes, en mi nombre y en su lugar, a administrar o intentar administrar mi hijo (o para permitir que mi hijo se administre a sí mismo, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), recetó medicamentos de manera legal de la manera descrita anteriormente. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por un individuo que no sea una enfermera de la escuela, y doy mi consentimiento específico para tales prácticas. Además, reconozco y acepto que, cuando el medicamento recetado legalmente se administra o se intenta administrar, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra el Distrito Escolar, sus empleados y agentes que surjan de la administración de dicho medicamento. Además, acepto mantener indemne e indemnizar al Distrito Escolar, sus empleados y agentes, ya sea conjunta o solidariamente, de y contra todos y cada uno de los reclamos, daños, causas de acción o lesiones incurridas o resultantes de la administración o intentos de administración de dicho medicamento.

Parent/Guardian Printed Name / Nombre impreso del padre/tutor

Parent's Signature / Firma de los padres

Date / Fecha

Parent's Address / Dirección del padre

Cell/Home Phone / Celular / teléfono de casa

Work Phone / Work Phone

Additional Information/ Información Adicional:

DISTRICT USE ONLY:

District Nurse's Signature

Date