

AUTHORIZATION FOR MEDICATION RELEASE AND INDEMNIFICATION AGREEMENT

PARENT or GUARDIAN (Must complete TOP SECTION for every medication)

I hereby authorize Arlington Department of Human Services and Arlington Public Schools personnel, including unlicensed persons, to give the medication described below as directed by this authorization. I agree to release, indemnify, and hold harmless Arlington Public Schools, Arlington Department of Human Services, Arlington County, and any of its officers, staff members, or agents from any lawsuit, claim, expense, demand, or action, etc., against them arising out of or in connection with assisting this student by administration of this medication to him/her as requested by the parents, including any adverse effects to the medication. I have read the "Procedures for Administering Medication in the Schools" on the reverse side and assume the responsibilities as set forth.

Student Name: _____ DOB: _____ School: _____

Teacher Name: _____ Attends Extended Day: Yes _____ No _____

Parent/Guardian Printed Name: _____ Daytime Phone: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

To Be Completed by the Licensed Prescriber: The Arlington Department of Human Services and the School Health Bureau discourage medications be given to students in school during the School/Extended Day. Please prescribe for before or after school, if at all possible.

Name of Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Time To Be Given At School: _____ AM and/or _____ PM and/or Before/After _____ Activity

Diagnosis: _____ Date to Begin: _____ Date to End: _____ ;

If the student is taking more than one medication at school, list the sequence in which medications are to be taken and the length of interval between each medication.

If a medication is to be given on an "as needed" basis, specify the symptoms or conditions when the medication is to be given and the time interval for repeating the dose/medication.

PHYSICIAN'S NAME (PRINT OR TYPE)

PHYSICIAN'S SIGNATURE

Telephone Number _____ Fax Number _____ Date _____

STUDENTS WHO CARRY INHALERS: This student is both capable and responsible to self-administering the above inhaler(s). This student may carry his/her inhaler.

PHYSICIAN'S SIGNATURE

PARENT'S SIGNATURE

STUDENT'S SIGNATURE

Date _____

Date _____

Date _____

* Order valid for one school year including summer school (12 months)

FOR STAFF ONLY: Signing here indicates that the medication review has been completed.

SHA Signature and Date

Name of PHN Contacted by Phone & Date

PHN Signature and Date

PROCEDURE FOR ADMINISTERING MEDICATIONS IN THE SCHOOLS

The goal of the School Health Services in the administration of medications to your child is SAFETY – the right medicine, to the right child, in the right amount, at the right time. Your help is needed to achieve this goal!

Please arrange to give all doses of medications at home whenever possible. However, if your child needs medication at school follow these 12 steps:

1. A separate Authorization form (reverse) completed by the parent/guardian and licensed prescriber is required for each medication. This is valid for no longer than one school year including summer school. Arlington County forms must be used, if not available at your physicians office at the time of prescription, you must obtain within 5 working days. Forms may be obtained from the school clinic or downloaded from the APS and School Health websites.
2. Faxed copies of the Authorization forms are accepted.
3. Whenever there is a change in medication dose or time of administration a new Authorization form and new labeled medication container are required. If a request to change the administration of a currently ordered medication is made, the parent must speak directly with the clinic staff. We will not accept notes or verbal messages sent to the clinic by way of a student or APS staff person. In addition, there is no guarantee that messages left on the clinic voicemail or e-mailed to the clinic staff will be reviewed in time to make the necessary medication change. After you have directly contacted the clinic staff about a medication change, you must follow-up with your request in writing to the clinic.
4. When the medication needs to be taken at home AND at school, ask the pharmacist for two (2) labeled containers – one for home and one for school.
5. If your child has special requirements for taking the medication, (e.g., with applesauce, medicine needs to be broken in half, and/or elementary students want to carry his/her inhaler) please discuss this with the school clinic staff.
6. If medications need to be broken in half, this must be done by parent. Clinic staff are not allowed to break tablets.
7. **Medication Containers:**
 - A. All prescription medications must have a pharmacy label with the following information:
 - Time to be given - specify hour or activity (12 noon, after lunch, before P.E.) NOT “give as indicated”
 - Child’s name
 - Name of medication
 - Physician’s name
 - Dose/amount to be given
 - Container must have current expiration date
 - B. All OTC (over-the-counter) medications and physician samples. They DO NOT need a pharmacy label but parent MUST:
 - Provide Authorization form completed by Parent/Guardian and Licensed Prescriber
 - Send the medication to the clinic in the original container with current expiration date
 - Write your child’s full name on the container
8. Medications will be given no more than 30 minutes before or after the prescribed time.
9. Middle and High School students with asthma may carry and self-administer inhaler with a completed Authorization form on file in the clinic. The student and parent/guardian must agree that:
 - The student will not share the inhaler with any other student.
 - The student will carry or keep the inhaler in a secure, concealed place.
 - The student’s name must be written on the inhaler.
10. Parents/guardians are advised to hand-deliver medications with Authorization forms directly to the elementary school clinic. At your discretion, middle and high school students may deliver their medications and Authorization forms to the school clinic.
11. Field Trips or other off-site school activities (e.g. Outdoor Lab) – Please discuss arrangements for medications with the school clinic staff and teacher.
12. Unused medication should be picked-up within one (1) week of expiration date of order. After that time it will be destroyed by the PHN.

Public Health Nurse _____

Clinic Phone _____

School Health Clinic Aide _____

Clinic Phone _____

La meta del Servicio de salud Escolar en la administración de medicinas a su niño(a) es la **SEGURIDAD** - que se dé la medicina correcta, al niño(a) correcto, en la cantidad correcta, a la hora correcta. Necesitamos su ayuda para lograr esta meta!

Por favor trate de dar todas las dosis de la medicina en casa cuando se pueda. Pero si su niño/a necesita medicina en la escuela, por favor siga los siguientes 12 pasos:

1. Un formulario de autorización (al reverso) firmado por padres y médicos debe de acompañar cada medicina. Este será válido por un año escolar **incluyendo la escuela de verano. Se deben de usar Los formularios del Condado de Arlington, si no estuvieran disponibles, tiene 5 días hábiles para obtenerlo. Los formularios se pueden obtener en la clínica de la escuela ó en página del Web de APS/Servicios de Salud Escolar.**
2. Se aceptarán copias Fax del formulario de Autorización. Vea abajo para el número de fax de la clínica de la escuela.
3. Cuando hay un cambio en la dosis ó la hora en que se dará la medicina necesitará una nueva autorización y un nuevo frasco etiquetado de la farmacia.
4. Cuando se dará la medicina en la casa y en la escuela pídale al farmacéuta dos (2) frascos etiquetados – uno para su casa y el otro para la clínica escolar.
5. Si su niño(a) tiene que tomar la medicina de una manera especial por favor discútalo con el personal de la clínica escolar (por ejemplo si necesita tomarla con gelatina).
6. Si la medicina (tableta/pastilla) debe ser partida, los padres deben hacerlo. El personal de la clinica no está autorizado a partir pastillas/tabletas.
7. Las medicinas **RECETADAS** tienen que tener una etiqueta de la farmacia con:
 - * la hora ó la actividad en que se dará, eg: (8am, 12 mediodia, después del almuerzo, antes de las clases de deportes) **NO** debe decir "como indicado"
 - * el nombre del niño(a)
 - * el nombre de la medicina
 - * la dosis ó cantidad que se dará
 - * el nombre del médicoTodas las medicinas que se compran sin receta médica o muestras que recibe del médico **NO** necesitan tener una etiqueta de la farmacia pero deben:
 - * ser acompañados por un formulario de autorización completada por el padre o guardián y el médico ó personal licenciado para recetar.
 - * tener el nombre completo del niño(a)
 - * mandarlos a la clínica en su envase original
8. Las medicinas se darán no más de 30 minutos antes o después de la hora indicada por el médico.
9. Estudiantes con asma pueden llevar consigo y usar un inhalador si hay una Autorización completada en la clínica escolar. El estudiante, su padre/guardián y su médico deben de acordar que el estudiante:
 - A. **NO PERMITA** que otro estudiante use su inhalador.
 - B. Lleve ó ponga el inhalador en un lugar seguro y no visible.
10. Padres/guardianes deben personalmente llevar las medicinas con la Autorización a la clínica de las **ESCUELAS PRIMARIAS**. A su discreción, los estudiantes de escuelas medias/secundarias pueden llevar sus medicinas y Autorización a la clínica.
11. Para paseos y otras actividades escolares fuera del edificio (eg. Outdoor Lab) por favor hable con el personal de la clínica escolar y el maestro/a para planificar la administración de medicinas.
12. Las medicinas no usadas deben de ser recogidas dentro de una semana de la fecha de expiración de la Autorización. Después de este tiempo la enfermera de salud pública las destruirá.

Enfermera Escolar/PHN _____ Ayudante de la clínica/SHA _____

Teléfono _____ Número de Fax: _____

AUTORIZACION PARA DAR MEDICINAS EN LA ESCUELA ACUERDO DE DESCARGO E INDEMNIZACION

Para ser completado por PADRES/GUARDIANES Por la presente autorizo al personal del Departamento de Servicios Humanos y de las Escuelas Públicas del Condado de Arlington incluyendo personal no licenciado, a dar medicinas de la forma indicada en esta autorización. Yo estoy de acuerdo en liberar, indemnizar y dejar sin responsabilidad a las Escuelas Públicas, el Departamento de Servicios Humanos, al Condado de Arlington y cualquiera de sus oficiales, miembros del personal, o agentes, en un juicio legal, reclamo, gasto, demanda o acción, etc., contra ellos por ayudar a este estudiante con la administración de medicamentos solicitado por los padres, incluyendo cualquier efecto secundario de la medicina.

He leído el "procedimiento para dar medicinas en las Escuelas" incluido al reverso de este formulario y asumo las responsabilidades requeridas.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
Maestra(o): _____ Su niña(niño) asiste al Extended Day? Si _____ No _____
Nombre del padre/guardián: _____ Teléfono en el día: _____
Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

To Be Completed by the PHYSICIAN/Para ser completado por el MEDICO

The Arlington Department of Human Services and the School Health Bureau discourage medications be given to students in school during the School/Extended Day. Please prescribe before or after school doses if at all possible. **El Dpto. de Servicios Humanos y el Servicio Escolar recomiendan que se den las medicinas fuera de las horas de la escuela/Extended Day lo mas posible.**

Name of medicine/Nombre de la medicina _____ Dosage/Dosis _____
Route/Vía: _____ Time to be given at school/Hora que se dará: _____ AM y/o _____ PM
Before/After/Antes o despues de _____ Activity/Actividad Diagnosis/Diagnosis: _____
Date to begin/Fecha para empezar: _____ Date to end/Hasta: _____

If the student is taking more than one medication at school, list the sequence in which medications are to be taken and the time interval between medications/Si el estudiante toma más de una medicina, indiqu;;e el orden en que deben ser tomadas y el intervalo de tiempo entra cada una.

If a medication is to be given on an "as needed" basis, specify the symptoms or conditions when the medication is to be given and the time interval for repeating the dose/medication/Si la medicina es para darse solamente cuando sea necesario indique los síntomas o condiciones y el intervalo de tiempo cuando se puede repetir la medicina.

Physician's Name (print/stamp)/Nombre del médico

Physician's Signature/Firma del médico

Telephone/teléfono _____ Fax Number/número del Fax _____ Date/Fecha _____

MIDDLE AND HIGH SCHOOL STUDENTS WHO CARRY INHALERS: This student is both capable and responsible to self-administer the above inhaler(s). This student may carry his/her inhaler/Estudiantes Secundarios quienes llevan inhaladores:/ Este estudiante es capaz y responsable en el uso de su inhalador y tiene permiso para llevarlo consigo.

Physician's Signature/Firma del Médico

Parent's Signature/Firma del padre

Student's Signature/Firma del Estudiante

Date/Fecha

Date/Fecha

Date/Fecha

* Orden válida por un año escolar incluyendo la escuela de verano (12 meses)

FOR STAFF ONLY: Signing here indicates that a review of the above medication form has been completed.

SHA Signature and Date

Name of PHN Contacted By Phone & Date

PHN Signature and Date