



PERMISSION FORM FOR PRESCRIBED MEDICATION



School Name:	Date Received:
Student Name:	Date of Birth: / /
Grade:	Teacher / Classroom:

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

Name of Medication (List only 1 medication per form): _____

Tablet/Capsule Liquid Inhaler Injection Nebulizer Other _____

Instructions (*Dosage of medication and time to be administered*): _____

For episodic/emergency events only Comment: _____

Conditions for which medication is being prescribed: _____

Restrictions and/or important side effects: None anticipated Yes, please describe: _____

Physician's additional comments: _____

Order Start Date: _____ Order End Date: _____

(If no end date is indicated, medication orders will expire at the end of the current school year)

Special storage instructions: None Refrigerate: _____ Other: _____

This student is both capable and responsible for self-administering this medication: No Yes – Supervised Yes – Unsupervised

This student may carry this medication: No Yes

Please indicate if you have provided additional information: On the back of this form As an attachment (Treatment Plan)

NOTE: To participate in Medicaid School-Based Services, a valid prescription **MUST** be signed by a physician and include the date prescription was signed by physician, physician's name, address, telephone number and NPI number. Stamped signatures and prescriptions signed by a nurse practitioner or physician assistant are invalid for school-based services.

Physician's Signature: _____ Print Physician's Name: _____ NPI #: _____ Date: _____

Address: _____ Telephone: _____ Fax: _____

تفويض ولي الأمر/ الوصي

أطلب بموجب هذا أن يعطي طاقم موظفي المدرسة لطفلي _____ الدواء الذي تم طلبه من قبل الطبيب أعلاه ولن يحمل مجلس التعليم أو موظفيه المسؤولية عن المضاعفات المتعلقة بالدواء، بما في ذلك تلك التي يتم إدارتها بموجب P.A. 451 of 1976، القسم 1178. يجوز للموظفين الإتصال بالطبيب بخصوص إدارة الدواء إذا تطلب الأمر، أنا مسؤول عن نقل الدواء إلى مدرسة طفلي.

أطلب بموجب هذا أن يسمح طاقم موظفي المدرسة لطفلي _____ للإعطاء الذاتي للدواء الذي أمر به الطبيب أعلاه ولن يحمل مجلس التعليم أو موظفيه المسؤولية عن المضاعفات المتعلقة بتناول هذا لدواء. يجوز للموظفين الإتصال بالطبيب بخصوص إدارة الدواء إذا تطلب الأمر، أنا مسؤول عن نقل الدواء إلى مدرسة طفلي.

توقيع ولي الأمر أو الوصي _____ الإسم (كتابة) _____ التاريخ _____

رقم الهاتف _____ جهة العلاقة بالطالب _____