

**Finley School District  
 Authorization for Administration  
 Of Oral Medication at School**

**Elem. School Phone: 586-7577 Fax: 586-8239  
 Middle School Phone: 586-7561 Fax: 582-8452  
 High School Phone: 582-2158 Fax: 586-9297**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**THIS PORTION TO BE COMPLETED BY THE PRIMARY CARE PROVIDER ONLY**

Name of Medication	Dosage	Methods of Administration	Time of Day to Be Taken
--------------------	--------	---------------------------	-------------------------

\_\_\_\_\_

If given as needed, specify the length of time between doses \_\_\_\_\_

Reason for medication to be given at school: \_\_\_\_\_

Anticipated action: \_\_\_\_\_

**Is this condition considered life-threatening? Yes \_\_\_ No \_\_\_**

Indicate if student may carry Inhaler or Epi-pen on his/her person: Yes \_\_\_ No \_\_\_

Student is capable to self-administer medication: Yes \_\_\_ No \_\_\_

Possible side effects of medication \_\_\_\_\_

Emergency procedure in case of serious side effects \_\_\_\_\_

I request and authorize that the above-named student be administered or self-administer the above identified medication in accordance with the instructions indicated above from

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (not to exceed current school year) as there exists a valid health reason which makes administration of the medication advisable during school hours.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone Number (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Print or type

**Please note: If samples of medication are to be given, they must be labeled with the name of the student, dosage, and time to be given.**

**Padre'/Guardián para Completar**

Solicito/autorizo a la escuela para administrar la medicación al estudiante arriba identificado de acuerdo con las instrucciones del doctor para el \_\_\_\_\_ del período al \_\_\_\_\_ (no exceder año escolar actual). Entiendo que cada esfuerzo será hecho por el personal de la escuela de administrar la medicación en la mejor manera oportuna. Entiendo que la enfermera puede comunicarse con el proveedor de antedicho referente a esta orden. **Si he dado el permiso para que mi niño lleve y uno mismo administre sobre medicaciones, me reconozco no he leído y convengo con procedimiento numero #3419 (auto administración del asma y de las medicaciones de Anaphylaxis), veo el dorso.**

Permiso de cargar su propio inhalador o Epi-pen \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Permiso de mismo-administrar su medicina \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En los días de salidas tempranas, Yo pido que se le su medicina: \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

Firma de Padre/Guardián

Numero de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (hogar) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (celular) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (trabajo)