



UTAH SCHOOLS FOR THE DEAF AND THE BLIND

Authorization to Administer Medication at School

We are the parents/legal guardians of _____.

We request that medicine be administered to our child by a member of the school staff in accordance with our physician's instructions. We will notify the school immediately if we change physicians or if the medication or dosage is changed.

We agree to bring prescriptions in containers with a current pharmacy label. And, we agree to send over the counter (OTC) medications in their original bottle, including Tylenol, ibuprofen, eye drops, diaper rash cream and cough drops, etc. We understand that non-nursing personnel may be administering this medication, under the direction of a nurse. **Medication improperly labeled or contained will not be administered at school.**

We give permission for school personnel to apply sunscreen as needed when we provide it.

Student's Name: _____ Birth Date: _____

Parent's Signature: _____

Date: _____ Contact Phone Number(s): _____

**HEALTH CARE PROVIDER
AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION AT SCHOOL**

NAME OF MEDICATION	DOSAGE	ROUTE	TIME

The above named student is in need of the above named medication/drug during regular school hours and/or residential placement, to maintain his/her physical health. We advise and request:

- Non-medical school personnel be allowed to administer this medication/drug.
- The student should be allowed to self-administer this medication/drug with the following instructions: _____.
- This medication is for emergency use and should be carried on the student's person at all times.
- This medication is for emergency use and should be administered by school staff only.

Prescribing Practitioner's Name (Print or Stamp)

Prescribing Practitioner's Phone Number

Date

Prescribing Practitioner's Signature



UTAH SCHOOLS FOR THE DEAF AND THE BLIND

Autorización para Administrar la Medicina en la Escuela

Somos los padres o guardianes legales de _____.
Solicitamos que la medicina es administrada a nuestro niño por un miembro del personal de la escuela de acuerdo con las instrucciones de nuestro médico. Notificaremos la escuela inmediatamente si cambiamos a médicos o si la medicina o la dosis son cambiadas.

Concordamos en traer las prescripciones con un papel actual de la farmacia y "sobre el mostrador" (OTC) medicinas en su botella original. Comprendemos que es posible que personal que no son enfermeras se puede administrar esta medicina, bajo la dirección de una enfermera. **La medicina marcado impropriadamente o de botella incorrecta no será administrado en la escuela.**

Nombre del Estudiante: _____ La Fecha del Nacimiento: _____

Firma del Padre: _____

Fecha: _____ El Número de Teléfono de Contacto: _____

**EI PROVEEDOR de la ASISTENCIA MEDICA
AUTORIZACION para ADMINISTRAR la MEDICINA en la ESCUELA**

EI NOMBRE DE MEDICINA	DOSIS	La RUTA	TIEMPO

El estudiante denominado encima necesita la medicina/droga denominada encima durante las horas de clase regulares o colocación residencial, para mantener su salud física. Aconsejo y solicito:

- El personal de no-facultad de medicina es permitido administrar esta medicina/droga.
- El estudiante debe ser permitido administrar esta medicina/droga a su mismo con las instrucciones siguientes: _____
- Esta medicina es para el uso de la emergencia y debe ser llevado por el estudiante siempre.
- Esta medicina es para el uso de la emergencia y debe ser administrada por el personal de la escuela sólomente.

Nombre del Médico Que Prescribe (la Impresión o el Sello)

Número de teléfono del Médico que Prescribe

Fecha

Firma del Médico que Prescribe