



Student Services Division of School Nurses

P.O. Box 1708 • Athens, Georgia 30603 • Phone (706) 546-7721, ext. 20752 • Fax (706) 353-1513

Authorization to Give Medication

If medication can be given at home, before or after school hours, please do so. If medication must be given during school hours, this Form must be completed and filed with the School Health Clinic.

STUDENT'S NAME: _____

TEACHER: _____ GRADE: _____

I authorize the Clarke County School District to assist my child in taking this medication. I understand that:

- Medications must be in the original labeled container. Pharmacists may provide two labeled bottles for this purpose. Medications sent in an unlabeled container will not be given.
- Written permission of the parent/guardian is required for the administration of all medications.
- The parent/guardian must inform the school of any medication changes. New medications or new doses will not be given unless a new form is completed.
- Medications must be brought into the school clinic by the parent/guardian.
- Unused medications will be disposed of unless picked up within one week after medication is discontinued. If medication is given throughout the school year, medication will be disposed of according to district regulation JGCD-R(1).

NAME OF MEDICATION: _____

DOSE: _____ ROUTE*: _____ TIME(S) to be given: _____

DATE TO DISCONTINUE MEDICATION: _____

CONDITION/ILLNESS REQUIRING MEDICATION: _____

SIDE EFFECTS: _____ DRUG ALLERGIES: _____

Licensed Health Care Provider: _____ Phone: _____

I hereby release and discharge and further agree to indemnify, hold harmless, or reimburse Clarke County Board of Education, Clarke County School District, its employees, agents, representatives, and all other officials, from any and all claims, actions, suits, losses, costs, expenses and liability in case of accident or any other mishap because of negligence in administering such medication or because of side effects, illness or any other injury which might occur to my child through administering such medication. And, I hereby release said aforementioned board, district, employees, and officials from any liability, suit, or claims of whatever nature and kind, which might arise as a result of administering the medication in accord with this request.

PARENT /GUARDIAN SIGNATURE

DATE

PHONE

*Route: the method that the medication is administered, such as by mouth, injection, inhaler, rectum, etc.



Servicios Estudiantiles División de Enfermería

P.O. Box 1708 • Athens, Georgia 30603 • Teléfono (706) 546-7721, ext. 20752 • Fax (706) 353-1513

Autorización para dar Medicamentos

Por favor, si es posible, dé el medicamento en casa fuera de las horas de la escuela. Si la medicación se debe dar durante horas de la escuela, esta forma debe ser completada y entregada con la clínica de salud de la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

MAESTRO: _____ GRADO: _____

Autorizo al Distrito Escolar del Condado Clarke a ayudar a mi hijo/a a tomar este medicamento. Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado. Los farmacéuticos pueden proporcionar dos botellas etiquetadas para este propósito. Los medicamentos enviados en un recipiente no etiquetado no serán administrados.
- Se requiere el permiso por escrito del padre/tutor para la administración de todos los medicamentos.
- El padre/tutor debe informar a la escuela sobre cualquier cambio en la medicación. No se administrarán nuevos medicamentos o nuevas dosis a menos que se complete un nuevo formulario.
- Los medicamentos deben ser traídos a la clínica escolar por el padre/tutor.
- Los medicamentos no utilizados serán descartados a menos de que sean recogidos dentro de una semana después de suspender la medicación. Si se administra la medicación durante todo el año escolar, la medicación se eliminará de acuerdo con JGCD-R(1).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DÓSIS: _____ VÍA*: _____ HORAS PARA ADMINISTRAR: _____

FECHA PARA DESCONTINUAR LA MEDICACIÓN: _____

CONDICIÓN/ENFERMEDAD QUE REQUIERE DE LA MEDICACIÓN: _____

EFECTOS SECUNDARIOS: _____ ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

Médico o Proveedor de Atención Médica: _____ Tel.: _____

Por la presente, libero, exonero, indemnizo o reembolso a la Junta de Educación del Condado Clarke, al Distrito Escolar del Condado Clarke, sus empleados, agentes, representantes y todos los demás funcionarios de cualquier reclamo, acción, demanda, pérdidas, costos, gastos y responsabilidad en caso de accidente debido a negligencia en la administración de dicho medicamento o a causa de efectos secundarios, enfermedad o cualquier otra lesión que pueda ocurrirle a mi hijo(a) a través de la administración de dicho medicamento. Y, por la presente libero a la mencionada junta, distrito, empleados y funcionarios de cualquier responsabilidad, demanda o reclamo de cualquier tipo y naturaleza que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con esta solicitud.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

FECHA _____

TELÉFONO _____

* Vía: el método en que se administra la medicación, como por vía oral, inyección, inhalador, rectal, etc.