



OMAHA PUBLIC SCHOOLS
HEALTH SERVICES
MEDICATION PERMISSION FORM

Dear Parent/Guardian,

The Omaha Public School district requires written authorization from a licensed prescriber and signed consent from the parent/guardian for any medication to be administered to a student by school personnel. This includes prescription medications, over-the-counter medications, and homeopathic medications.

By signing below, you acknowledge the following:

- It is the responsibility of the parent/guardian to provide updated medication orders annually and as changes occur.
It is the responsibility of the parent/guardian to provide non-expired medications in the original pharmacy or manufacturer labeled container.
Medications in bags or other forms of "home packaging" will not be accepted due to safety concerns.
Controlled medications must be brought to school by an adult.
Medication may be administered by the school nurse, health aide, or other school personnel competency trained in medication administration.
If needed, the prescribing health care provider may be contacted by the school nurse for clarification on medication administration.

Parent/Guardian Authorization for Medication Administration at School:

I hereby authorize competency trained school personnel to administer the authorized medication to Student's Name.

Parent/Guardian Printed Name Parent/Guardian Signature Date

HEALTH CARE PROVIDER ORDERS FOR ADMINISTERING MEDICATION IN SCHOOL

Name of Student: Date of Birth: Medication: Dosage: Route: Time(s) of administration: Purpose of Medication: Additional Comments:

Health Care Provider Name Health Care Provider Signature Phone Number Date of Order



**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA
SERVICIOS DE SALUD
FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTOS**

Estimado padre/tutor,

El distrito de las Escuelas Públicas de Omaha requiere la autorización por escrito de un médico autorizado y el consentimiento firmado del padre/tutor para que el personal de la escuela administre cualquier medicamento a un estudiante. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y medicamentos homeopáticos.

Al firmar a continuación, reconoce lo siguiente:

- Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar órdenes de medicamentos actualizadas anualmente y a medida que se hagan cambios.
- Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar medicamentos no vencidos en el envase original con la etiqueta del fabricante o de la farmacia.
 - Por motivos de seguridad, no se aceptarán medicamentos en bolsas u otras formas de "envases caseros".
 - Los medicamentos controlados deben ser traídos a la escuela por un adulto.
- Los medicamentos pueden ser administrados por la enfermera de la escuela, el asistente de enfermería u otro personal escolar capacitado en la administración de medicamentos.
- Si es necesario, la enfermera de la escuela se comunicará con el médico que receto el medicamento para obtener aclaraciones sobre la administración de medicamentos.

Autorización de los padres/tutores para la administración de medicamentos en la escuela:

Por la presente autorizo al personal escolar capacitado para administrar el medicamento autorizado.

a _____
El nombre del estudiante

Nombre del padre/tutor (letra de molde) Firma del padre / tutor Fecha

ÓRDENES DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Hora(s) de administración: _____ Propósito del medicamento: _____

Comentarios adicionales: _____

Nombre del proveedor de atención médica Firma del proveedor de atención médica Número de teléfono / /
Fecha