

DENVER PUBLIC SCHOOLS
DIVISION OF STUDENT SERVICES
NURSING & STUDENT HEALTH SERVICES
2017-2018

School: _____

Phone: _____

FAX: _____

STUDENT MEDICATION/TREATMENT REQUEST RELEASE AGREEMENT

The undersigned parent(s) or guardian(s) of:

Name of Student _____ Date of Birth ____/____/____ hereby request school staff(s) employed by the Denver Public School District to administer to said child the medication or treatment as described by the prescribing Primary Care Provider's (PCP) signed instructions below.

In compliance with School District Medication Policy and Procedure, which requires as a condition to its agreement to administer any medication, that the medicine has been prescribed by a PCP or dentist and that it has been furnished by the parent/guardian(s) of the student with the original pharmacy container label stating the child's name, name of the medication, the dosage, the route, the number of dosages per day or time(s) and the date when the medication is to be discontinued (if applicable). This applies to all medications including over the counter. It is understood that the medication is given solely at the request of and as an accommodation to the undersigned parent/guardian(s). The undersigned parent/guardian(s) hereby agree(s) to release the Denver Public Schools and its school staffs from any and all claim(s) which they now have or may hereafter have arising out of the administration of, or failure to administer, the medication to the student. At no time will any school staff(s) recommend or require the student be prescribed psychotropic medication(s) to attend school.

By signing, the parent/guardian agrees that Denver Public Schools Staff, including the Nursing Services Manager and/or designee, and the school nurse at the student's school may contact outside providers for further information about the student's medical needs. It is also agreed that the outside provider is granted permission to release confidential information to DPS staff. It is understood that this information will be kept confidential, and will be used only for the purpose of making a decision about the relevance of the Medical Accommodation Plan to the educational needs of the student.

PLEASE NOTE: For medication to be given at home and school, please ask the pharmacist for a separate, accurately labeled medication bottle to be kept at school.

BE ADVISED: It is the Parents/Guardians responsibility to pick up student medication by student dismissal the last day of the school. Medications left unclaimed will be disposed of according to the Colorado Department of Human Services (CDHS) "Guidelines for Medication Administration (2008)."

Signature of Parent or Guardian

Month/Day/Year

PRIMARY CARE PROVIDER (PCP) SIGNED ORDER FOR MEDICATION

This form must be completed for any medication a student will need to take during school hours.

*Please be aware that any medications, including samples, **must** have a medication label to be administered at school.*

Student's Name: _____ Grade: _____ Date of Birth: ____/____/____

Medication/Treatment Name (one per form) _____ Dosage: _____

Route: _____ Frequency: _____ Times given at School: _____

Starting date: ____/____/____ Ending date: ____/____/____ or | until end of school year 2017-2018

Purpose of Medication: _____ Allergies: NKDA Other: _____

Possible Side Effects: _____

Phone: _____ Fax: _____

(Print) Name of PCP or Dentist Prescribing Medication

Signature of PCP w/Prescriptive Authority Date: ____/____/____ Clinic Name: _____

Medication Discontinued: Time: _____ and Date: ____/____/____ PCP Signature: _____

(Print) Name of School Nurse / Signature of School Nurse Date: ____/____/____

School Nurse Signature indicates that the medication and medication orders have been reviewed by School RN

Acuerdo de Exoneración para la Administración de Medicamentos

El suscrito padre, madre o tutor legal de:

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ por la presente solicita al personal escolar de las Escuelas Públicas de Denver administrar al mencionado niño la medicación o tratamiento descrito en las instrucciones proporcionadas y firmadas por el proveedor de servicios médicos (PCP) que se adjuntan.

De acuerdo con las normas y procedimientos del distrito escolar sobre administración de medicamentos a estudiantes, toda medicación que se deba administrar al estudiante deberá haber sido recetada por un PCP o dentista y su padre, madre o tutor legal deberá proporcionarla con la etiqueta original del envase de la farmacia en la que figura el nombre del niño, nombre del medicamento, dosis, vía de administración y cantidad de dosis por día o veces y, si corresponde, fecha en que se debe de discontinuar. Esto se aplica a todos los medicamento, incluso los de venta libre. Se entiende que la medicación solo se administrará a pedido del padre, madre o tutor legal suscrito y para su comodidad. Por la presente, el suscrito padre, madre o tutor legal exime a las Escuelas Públicas de Denver (DPS) y a su personal escolar de todo y cualquier reclamo, actual o futuro, derivado de la administración o no administración del medicamento al estudiante. En ningún caso el personal escolar recomendará o exigirá que se le prescriba al estudiante medicamentos psicotrópicos para asistir clases.

Al firmar, el padre, madre o tutor legal acepta que el personal de DPS, incluido el gerente de los Servicios de Enfermería y/o la persona designada y la enfermera de la escuela del estudiante, se comuniquen con proveedores externos para obtener información adicional con respecto a las necesidades médicas del niño. Se acuerda, además, que los proveedores externos están autorizados a revelar información confidencial al personal de DPS. Se entiende que esta información es estrictamente confidencial y que se usará solo con el propósito de tomar decisiones sobre la importancia del Plan de Adaptaciones Médicas con respecto a las necesidades educativas del estudiante.

RECUERDE: Para los medicamentos que se administren en casa y en la escuela, solicite al farmacéutico que le prepare un frasco separado para la escuela, debidamente etiquetado.

IMPORTANTE: Es responsabilidad del padre, madre o tutor legal recoger la medicación del estudiante el último día de clases. Los medicamentos que no se retiren se descartarán de acuerdo con las Normas de Administración de Medicamentos (2008) del Departamento de Servicios Sociales de Colorado (CDSH).

Firma del padre, madre o tutor legal

Mes/día/año

ORDEN FIRMADA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS PARA MEDICACIÓN

Este formulario debe llenarse en caso de que el estudiante necesite tomar cualquier medicamento durante las horas de clase. Todo medicamento que deba administrarse en la escuela, incluidas las muestras, debe tener una etiqueta identificadora.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre del medicamento/tratamiento (uno por formulario) _____ Dosis: _____

Vía: _____ Frecuencia: _____ Cantidad de tomas en la escuela: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de finalización: ____/____/____ o hasta finalizar el año escolar 2017-2018

Propósito de la medicación: _____ Alergias: No se conocen alergias Otras: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

(En letra de imprenta) Nombre del PCP o dentista que receta el medicamento

Firma del PCP autorizado a recetar Fecha: ____/____/____ Nombre de la clínica: _____

Medicación discontinuada: Horario: _____ y fecha: ____/____/____ Firma del PCP: _____

(En letra de imprenta) Nombre de la enfermera escolar Fecha: ____/____/____
Firma de la enfermera escolar

La firma de la enfermera escolar indica que una enfermera titulada escolar ha revisado el medicamento y las instrucciones para el mismo.