

Verona Area School District

Parent/Guardian Medication or Procedure Consent Form

Full Name of Child			
Address		Date of Birth	
Name of Physician ordering medication or procedure		Physician phone number	
Address of physician ordering medication or procedure: <i>Street, City, State, ZIP</i>			
Name of Medication	Dose	Reason for medication or procedure	
Time of medication or procedure	Start date	Stop date	

_____ I give my permission for school personnel to give the above medication(s) or do the above procedure(s) as directed and to communicate with medical provider(s) if necessary.

_____ I give my child permission to carry and self-administer the above medication(s).
(Middle School and High School only) (Inhalers may be carried by students of any age)

I further agree to hold the Verona Area School District, and the VASD employee(s) who is (are) administering the medication or performing the procedure harmless in any or all claims arising from the administration of the medication or the performance of this procedure at school. School personnel have my permission to contact the health care provider listed above, re: this medication and/or procedure.

I agree to notify the school at the termination of this request or when any change in the above orders is necessary.

Signature of Parent/Legal Guardian		Date Signed
Home Phone	Work Phone	

Please note:

- Prescription medications require two forms: Parent Consent (this form) **and** Physician Order for Medication. (Nurse can fax form to doctor's office.)
- Non-prescription medications (all over the counter medications including acetaminophen, ibuprofen, etc.) require Parent Consent form only.

Verona Area School District

Consentimiento Paternal/Tutor para Medicamentos y/o Procedimientos Clínicos

Nombre completo del alumno/a:			
Domicilio:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del médico que ha recetado el medicamento o el procedimiento clínico:		Teléfono del médico:	
Dirección del médico que ha recetado el medicamento o el procedimiento clínico: <i>Calle, población, estado, código postal.</i>			
Nombre de la medicina:	Dosis:	Razón por la que se ha recetado el medicamento o procedimiento clínico:	
Hora en la que se tiene que administrar la medicina o procedimiento clínico:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	

_____ Doy mi permiso para que el personal de la escuela le pueda administrar a mi hijo/a la/s medicina/s o procedimiento clínico mencionado más arriba siguiendo las indicaciones y para que se comuniquen con el médico/s si es necesario.

_____ Le doy permiso a mi hijo/a para llevar consigo y administrarse a sí mismo la/s medicina/s indicadas más arriba. **(Solamente para los alumnos de la escuela secundaria (*Middle School*) y de la escuela superior (*High School*)).**
(Los estudiantes que necesiten inhaladores pueden llevarlos consigo a cualquier edad).

Además, estoy de acuerdo en mantener al Distrito Escolar del Área de Verona y a sus empleados, que puedan administrar los medicamentos o procedimientos médicos, exentos de cualquier reclamación que pueda surgir sobre la administración de medicamentos o procedimientos clínicos llevados a cabo en la escuela. El personal de la escuela tiene mi permiso para ponerse en contacto con el médico listado más arriba sobre la/s medicina/s y/o procedimiento clínico.

Avisaré a la escuela cuando el tratamiento termine y también finalice la administración del medicamento o procedimiento clínico, o cuando haya algún cambio en éstos.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal		Fecha:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	

Por favor tenga en cuenta que:

- Los medicamentos recetados por un médico requieren que tengamos dos formularios: el Consentimiento Paternal (este formulario) y el Formulario de Recetas Médicas (La enfermera de la escuela se lo puede mandar al doctor del alumno para que lo firme).

Appendix B

- Para los medicamentos que no son recetados por un médico (*acetaminophen*, *ibuprofen*, etc.) sólo se requiere el formulario Consentimiento Paternal (este formulario).

05/05/05