

**Authorization for the Administration of Medication by School, Child Care, and Youth Camp Personnel**

In Connecticut schools, licensed Child Care Centers and Group Care Homes, licensed Family Care Homes, and licensed Youth Camps administering medications to children shall comply with all requirements regarding the Administration of Medications described in the State Statutes and Regulations. Parents/guardians requesting medication administration to their child shall provide the program with appropriate written authorization(s) and the medication before any medications are administered. Medications must be in the original container and labeled with child's name, name of medication, directions for medication's administration, and date of the prescription.

**Authorized Prescriber's Order (Physician, Dentist, Optometrist, Physician Assistant, Advanced Practice Registered Nurse or Podiatrist):**

Name of Child/Student \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address of Child/Student \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_

Medication Name/Generic Name of Drug \_\_\_\_\_ Controlled Drug?  YES  NO

Condition for which drug is being administered: \_\_\_\_\_

Specific Instructions for Medication Administration \_\_\_\_\_

Dosage \_\_\_\_\_ Method/Route \_\_\_\_\_

Time of Administration \_\_\_\_\_ If PRN, frequency \_\_\_\_\_

Medication shall be administered: Start Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ End Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relevant Side Effects of Medication \_\_\_\_\_  None Expected

Explain any allergies, reaction to/negative interaction with food or drugs \_\_\_\_\_

Plan of Management for Side Effects \_\_\_\_\_

Prescriber's Name/Title \_\_\_\_\_ Phone Number (.) \_\_\_\_\_

Prescriber's Address \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_

Prescriber's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

School Nurse Signature (if applicable) \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Authorization:**

- I request that medication be administered to my child/student as described and directed above
- I hereby request that the above ordered medication be administered by school, child care and youth camp personnel and I give permission for the exchange of information between the prescriber and the school nurse, child care nurse or camp nurse necessary to ensure the safe administration of this medication. I understand that I must supply the school with no more than a three (3) month supply of medication (school only.)
- I have administered at least one dose of the medication with the exception of emergency medications to my child/student without adverse effects. (For child care only)

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parent /Guardian's Address \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

Home Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_ Work Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_ Cell Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_

**SELF ADMINISTRATION OF MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL**

Self-administration of medication may be authorized by the prescriber and parent/guardian and must be approved by the school nurse (if applicable) in accordance with board policy. In a school, inhalers for asthma and cartridge injectors for medically-diagnosed allergies, students may self-administer medication with only the written authorization of an authorized prescriber and written authorization from a student's parent or guardian or eligible student.

Prescriber's authorization for self-administration:  YES  NO \_\_\_\_\_  
Signature Date

Parent/Guardian authorization for self-administration:  YES  NO \_\_\_\_\_  
Signature Date

School nurse, if applicable, approval for self-administration:  YES  NO \_\_\_\_\_  
Signature Date

\*\*\*\*\*

Today's Date \_\_\_\_\_ Printed Name of Individual Receiving Written Authorization and Medication \_\_\_\_\_

Title/Position \_\_\_\_\_ Signature (in ink or electronic) \_\_\_\_\_

**Note: This form is in compliance with Section 10-212a, Section 19a-79-9a, 19a-87b-17 and**

**Autorización para la Administración de Medicamentos por la Escuela, Guardería, y Personal del Campamento Juvenil**

Las Escuelas de Connecticut, los Centros de Cuidado Infantil y Hogares de Cuidado con licencia, los Hogares de Cuidado Familiar con licencia y los Campamentos de Jóvenes con licencia, que administran medicamentos a los niños, deben cumplir con todos los requisitos con respecto a la Administración de Medicamentos descritos por el Estado y las Regulaciones Estatales. Los Padres/Encargados, que soliciten la administración de medicamentos a sus hijos deben dar la debida autorización por escrito y el medicamento, **antes** de administrar cualquier medicamento. Los Medicamentos deben estar en el envase original y deben tener el nombre del niño, el nombre del medicamento o medicamentos, las instrucciones para la administración del medicamento y la fecha de la receta.

**Prescriptor Autorizado (Médico, Dentista, Optómetra, Asistente Médico, Enfermera Registrada o Podiatra):**

Nombre del Niño/Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Dirección del Niño/Estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento/Genérico \_\_\_\_\_ ¿Medicamento Controlado? c Si c NO

Condición por la cual se administra el medicamento: \_\_\_\_\_

Instrucciones Específicas Para La Administración de Medicamentos \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Método/Ruta \_\_\_\_\_

Hora de Administración \_\_\_\_\_ si es PRN, Frecuencia \_\_\_\_\_

El Medicamento se administrará: Fecha de Inicio: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha que Termina: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Efectos Secundarios Relevantes del Medicamento \_\_\_\_\_ Ninguno

Explique cualquier alergia, reacciones a, o interacción negativa con alimentos u otros Medicamentos \_\_\_\_\_

Plan de Manejo para Efectos Secundarios \_\_\_\_\_

Nombre del Prescriptor/Título \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del Prescriptor \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_

\_ Firma del Prescriptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma de la Enfermera Escolar (si es aplicable) \_\_\_\_\_

**Autorización del Padre/Guardian:**

- Solicito que el medicamento se le administre a mi hijo/estudiante, como esta indicado en la parte superior del formulario.
- Por este medio solicito que el medicamento mencionado en la parte superior del formulario sea administrado por la escuela, el centro de cuidado de niños, y el personal del campamento de juvenil. Doy permiso para el intercambio de información entre el prescriptor y la enfermera escolar o la enfermera del campamento, si es necesario, para garantizar la administración segura de este medicamento. Entiendo que debo proporcionar a la escuela un suministro de medicamentos de por lo menos de tres (3) meses (la escuela solamente).
- He administrado a mi hijo/estudiante, al menos una dosis del medicamento, con la excepción de medicamentos de emergencia, y no he observado efectos adversos. (para cuidado de niños solamente)

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha / \_\_\_ / \_\_\_

Dirección del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA LA AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

La autoadministración de medicamentos puede ser autorizada por el prescriptor y el padre/encargado, además, debe ser aprobada por la enfermera de la escuela (si corresponde) de acuerdo con la política de la junta. En la escuela, los inhaladores para asma y cartuchos inyectables para alergias diagnosticadas por un médico pueden ser autoadministrados por los estudiantes, solo con la autorización por escrito de un prescriptor y una autorización por escrito del padre/encargado del estudiante.

Autorización del Prescriptor para automedicarse:  SI  NO \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Autorización del Padre/Guardian para automedicarse:  SI  NO \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aprobación de la Enfermera escolar para automedicarse:  SI  NO \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre de la Persona que Recibe la Autorización y el Medicamento por Escrito \_\_\_\_\_

Título/Posición \_\_\_\_\_ Firma (con bolígrafo o electrónico) \_\_\_\_\_

**Nota: Este formulario cumple con la Sección 10-212a, Sección 19a-79-9a, 19a-87b-17 and 19-13-B27a(v.)**