



Durham Public Schools Parent Request and Providers' Order Form for Medication

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_

Diagnosis	Medication Name Right Medication	Dosage Right Amount	How to Give Right Route	When to Give Right Time
<input type="checkbox"/> DAILY <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				
<b>Allergy</b>	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector	<input type="checkbox"/> Dose <input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg	<input type="checkbox"/> By Mouth <input type="checkbox"/> Other _____ Intramuscular (IM) Injection	<input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Mild Reaction <input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Severe Reaction <input type="checkbox"/> If provided, repeat does after _____ minutes if symptoms continue
<b>Asthma</b>	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ with Spacer <input type="checkbox"/> Glucagon <input type="checkbox"/> Gvoke <input type="checkbox"/> Baqsimi <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Valtoco <input type="checkbox"/> Nayzilam <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____ <b>CALL 911</b> <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer <input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer <input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer <input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> DAILY before exercise <input type="checkbox"/> AS NEEDED before exercise <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Every 4 hours as needed <input type="checkbox"/> Other _____ For Emergency Symptoms
<input type="checkbox"/> Other Asthma Medications (EX: Symbicort, Dulera, etc.)		<b>Please complete with specific numbers of puffs and minutes - - no ranges</b> <input type="checkbox"/> Exercise: _____ puff(s) inhaled before exercise as needed to prevent symptoms <input type="checkbox"/> Yellow Zone _____ puff(s) inhaled every _____ minutes for cough/wheeze/shortness of breath, up to _____ puffs Call parent/guardian if symptoms have not improved after _____ puffs. <input type="checkbox"/> Red Zone: _____ puff(s) inhaled every _____ minutes up to _____ puffs		
<b>Diabetes</b>		<input type="checkbox"/> Dose	<input type="checkbox"/> Subcutaneous SQ <input type="checkbox"/> Intramuscular IM <input type="checkbox"/> Nasal Spray <input type="checkbox"/> Other _____	If student becomes unconscious
<b>Seizure</b>		<input type="checkbox"/> Dose	<input type="checkbox"/> Rectal Gel <input type="checkbox"/> Nasal Spray <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Seizure Onset <input type="checkbox"/> After 5 minutes <input type="checkbox"/> After _____ minutes <input type="checkbox"/> Other _____
Physician's Printed Name: _____		Physician's Tel: _____		Date: _____ MD Stamp: _____
Physician's Signature: _____		Fax: _____		Nurse Review/Signature/Date: _____

Rev. 8/2022 PARENT/GUARDIAN MUST SIGN "To be completed by parent" SECTION ON THE BACK OF THIS FORM.



Formulario de solicitud de medicamentos para padres y proveedores de las Escuelas Públicas de Durham

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_

Debe ser completado por el padre/tutor legal

Yo entiendo que:

- El personal no médico realiza la administración de los medicamentos.
- Es mi responsabilidad que un adulto transporte el medicamento a la escuela.
- Si no hay medicamentos disponibles en la escuela, se llamará al 911 en caso de emergencias.
- Si mi hijo participa en actividades/deportes de DPS, antes o después de la escuela, asumiré la responsabilidad de comunicarme con el asesor/entrenador para informarle de la condición médica de mi hijo. Proporcionaré medicamentos de emergencia adicionales que puedan ser necesarios durante la actividad. Puedo comunicarme con la enfermera de la escuela si se necesita ayuda para instruir al asesor en un procedimiento médico o si se necesita compartir una copia de la información con dicho asesor.

Solicito que:

- A mi hijo se le administre el medicamento según lo indicado en la orden del médico.
- Si se ordena una inyección de emergencia, doy permiso para que la enfermera de la escuela instruya al personal designado sobre la técnica de administración.

Yo autorizo:

La divulgación e intercambio de información médica entre el médico de mi hijo, la enfermera de la escuela y el sistema de las Escuelas Públicas de Durham (DPS) que sea necesaria para llevar a cabo los servicios para mi hijo.

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo reciba medicamentos durante el horario escolar. Este medicamento ha sido recetado por un médico con licencia.

Por la presente libero a la Junta de Educación y a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar producto de que mi hijo tome la medicación prescrita.

Nombre impreso del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Porte y autoadministración del medicamento del estudiante

Debe ser completado por el médico

El estudiante debe tener los medicamentos indicados en el reverso de este formulario durante la jornada escolar o en eventos patrocinados por la escuela para poder asistir. **NO se necesita la supervisión de un adulto.** El alumno ha sido instruido acerca del plan de tratamiento y de la autoadministración de los medicamentos indicados, y ha demostrado la habilidad necesaria para autoadministrarse los medicamentos en caso de presentar/needstar de:

- Asma
- Alergia severa
- Insulina
- Otro \_\_\_\_\_

Sólo para el autoinyector de epinefrina:

En caso de que el alumno tenga dificultades respiratorias y no pueda administrarse el autoinyector de epinefrina, la enfermera de la escuela capacitará al personal escolar designado para administrar el autoinyector de epinefrina y llamar al 911.

Nombre impreso del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Debe ser completado por el estudiante en la escuela:

- He demostrado el correcto uso de mi medicamento al personal escolar indicado
- Plano mantener mis medicamentos y equipos conmigo en la escuela.
- Utilizaré mi medicamento según las indicaciones de mi médico.
- No permitiré que ninguna otra persona use mi medicamento.
- Notificaré a un miembro del personal de la escuela si estoy teniendo más dificultades de lo habitual con mi medicamento.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Debe ser completado por el padre/tutor legal:

Solicito y doy permiso para que mi hijo lleve y administre el medicamento indicado en el reverso de este formulario, durante la jornada escolar, en las actividades patrocinadas por la escuela o mientras esté en tránsito hacia o desde la escuela. No se requiere la supervisión de un adulto.

Yo entiendo que:

- Proporcionaré medicamentos de reserva a la escuela (además de los que llevará el alumno) que serán guardados en la escuela.
- Mi hijo deberá demostrar la habilidad necesaria para utilizar el medicamento de autoadministración de emergencia al personal escolar capacitado por la enfermera de la escuela.
- Mi hijo estará sujeto a medidas disciplinarias si se utiliza el medicamento de forma distinta a la prescrita.

Sólo para el autoinyector de epinefrina:

En caso de que el alumno tenga dificultades respiratorias y no pueda administrarse el autoinyector de epinefrina recetado por el médico, un miembro del personal capacitado de la escuela podrá administrar el autoinyector de epinefrina y llamar al 911. He observado a mi hijo demostrar la habilidad necesaria para aplicar el plan de atención prescrito por su proveedor/a de atención médica.

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Debe ser completado por la enfermera de la escuela:

He observado al estudiante indicado anteriormente verbalizar y demostrar el nivel de habilidad necesario para utilizar el medicamento prescrito por el médico anteriormente mencionado.

- Inhalador
- Autoinyector de epinefrina
- Otro: \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_