

**Wake County Public School System
Form- 1702 Parent Request and Physician's Order Form for Medication**

Student Name _____ **DOB** _____ **School** _____ **School Year** _____

| | Diagnosis | Name of Medication (Right Medication) | Dosage (Right Amount) | Route – How to Give (Right Route) | Time(s) to Give (Right Time) | Medication Log Date/Staff Signature | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|---|--|---|---|---|---|
| | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| DAILY MEDICATION (S) | <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Seizure <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | | | | | | | |
| EMERGENCY MEDICATION(S) | <input type="checkbox"/> Severe Allergy | <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) | Oral Syrup or Elixir (12.5 mg per teaspoon) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Tablet (25 mg per tablet) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Fastmelt Dissolving Tablet* (12.5 mg) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | By Mouth *For Fastmelt Dissolving Tablet – Let the tablet dissolve in the mouth before swallowing | <input type="checkbox"/> Mild Reaction <input type="checkbox"/> Upon Ingestion <input type="checkbox"/> Upon Exposure | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto Injector | <input type="checkbox"/> 0.15mg <input type="checkbox"/> 0.3mg | Intramuscular | <input type="checkbox"/> Severe Reaction <input type="checkbox"/> Upon Ingestion <input type="checkbox"/> Upon Exposure | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Albuterol (same as Ventolin, Proventil) 0.83% | <input type="checkbox"/> 2 Puffs <input type="checkbox"/> 3 Puffs <input type="checkbox"/> 4 Puffs | <input type="checkbox"/> Inhaler | <input type="checkbox"/> Every 4 hours <input type="checkbox"/> Every 6 hours <input type="checkbox"/> 15 minutes prior to exercise | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Xopenex (Levalbuterol) | <input type="checkbox"/> 1 Vial (Ampule) <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Nebulizer | <input type="checkbox"/> Every 4 hours <input type="checkbox"/> Every 6 hours <input type="checkbox"/> 15 minutes prior to exercise | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Diastat Gel (Same as Diazepam Gel) | <input type="checkbox"/> 2.5 mg <input type="checkbox"/> 5.0 mg <input type="checkbox"/> 7.5 mg <input type="checkbox"/> 10.0 mg <input type="checkbox"/> Other: _____ | Rectal | <input type="checkbox"/> At onset of seizure <input type="checkbox"/> After 5 minutes <input type="checkbox"/> After 10 minutes | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Glucagon | <input type="checkbox"/> 0.5 mg <input type="checkbox"/> 1.0 mg | Intramuscular | If student becomes unconscious | | | | | |
| AS NEEDED: (PRN) MEDICATION S | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

Physician Printed Name: _____ **Physician Signature:** _____ **Date:** _____ **Telephone:** _____

**Sistema de Escuela Pública del Condado de Wake
Forma 1702 – Solicitud de Padre y Orden del Doctor para Medicamento**

Para ser contestado por los Padres:

Yo entiendo que:

- Personal escolar No-médico administra el medicamento.
- Es mi responsabilidad de transportar el medicamento a la escuela por un adulto.
- Si el medicamento no está disponible en la escuela se llamara al 911 por emergencias.
- Si mi hijo(a) participa en WCPSS y en actividades escolares antes/después de horas de clase al igual que en deportes, yo asumiré responsabilidad de comunicarme con entrenador/consejero de la condición de salud de mi hijo(a). Yo proveeré medicamento extra en caso de una emergencia durante la actividad. Yo me comunicare con la Enfermera de la escuela en caso que consejero/entrenador necesiten instrucciones en procedimiento médico o si necesita copia de la información de condición de salud de mi hijo(a).

Yo Solicito que:

- A mi hijo(a) se le administre el medicamento como ha sido indicado por su doctor.
- Si una inyección de emergencia es ordenada, Yo doy permiso para que la Enfermera escolar instruya a personal designado en la técnica de administrar la inyección.

Yo Apruebo:

- Yo apruebo el intercambio de información médica, que es necesaria para proveer los servicios de mi hijo(a), entre el doctor de mi hijo(a), Enfermera escolar y el Sistema de Escuelas Públicas en el Condado de Wake (WCPSS siglas en Inglés).

Por la presente doy permiso para que mi hijo(a) reciba medicamento durante horas escolares. Este medicamento ha sido recetado por médico/doctor graduado y licenciado.

Por lo tanto libero a la Junta de Educación, sus agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad que pueda ocurrir de mi hijo(a) recibir/tomar el medicamento recetado.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Estudiante Posee y Se Administra Medicamento de Emergencia

To be completed by Physician:

The student must have the medication(s) listed on the reverse side during the school day or at school sponsored events in order to function at school. **Adult supervision is not needed.** The student has been instructed in the treatment plan, self-administration of the listed medication(s) and has demonstrated the skill level necessary to self-administer medications for:

- Asthma
- Severe Allergy

For Epinephrine Auto Injector Only:

In the event the student is experiencing respiratory difficulty and is unable to administer the Epinephrine Auto Injector the School Nurse will train designated school staff to administer the Epinephrine Auto Injector and call 911.

Printed Physician's Name

Physician's Signature

Date

Para ser llenado por los Padres:

Yo solicito y doy permiso para que mi hijo(a) lleve y reciba el medicamento nombrado en la parte de atrás dedurante el día de escuela, en actividades auspiciadas por la escuela o durante el viaje de ida y vuelta de la escuela.

No se necesita Supervisión de Adulto.

Yo entiendo que:

- Debo de proveer a la escuela la medicina (la misma medicina que lleva el estudiante) y esta será guardada en la escuela
- Mi hijo(a) deberá demostrar al personal de la escuela, entrenado por la Enfermera escolar que sabe cómo administrarse el medicamento.
- Mi hijo(a) será disciplinado si el medicamento es usado diferente al recetado.

Solamente para Auto Inyector Epinephrine:

En caso de que mi hijo(a) este teniendo dificultad al respirar y no pueda administrarse el Auto Inyector Epinephrine ordenado por el doctor, un personal escolar puede administrarle el Auto Inyector Epinephrine y llamar al 911.

He observado que mi hijo(a) ha demostrado saber lo necesario para llevar a cabo el tener la habilidad para seguir el plan de cuidado médico ordenado por su doctor.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

To be completed by student at school:

- I have demonstrated the use of my medication to the school staff listed
- I plan to keep my medication and equipment with me at school
- I will use only as prescribed by my doctor
- I will not allow any other person to used my medication
- I will notify a school staff member if I am having more difficulty than usual with my health condition

Student Signature: _____ Date: _____

To be completed by school nurse:

- I have observed the student indicated above verbalize and demonstrate the skill level necessary to use the medication prescribed by the above physician

Nurse Signature: _____ Date: _____