

ALBUQUERQUE PUBLIC SCHOOLS
PROVIDER ORDER AND MEDICATION AUTHORIZATION FORM
(Please complete every item on this form)

Student's Name: _____
Date of Birth: _____ School: _____

PROVIDER'S ORDER AND STUDENT COMPETENCY STATEMENT

1. 1. I have examined this student for (diagnosis): _____ and have determined she/he requires medication during school hours. ICD-9 code(s): _____ [required for Medicaid purposes]
1. 2. Name of medication: _____ Dosage: _____ Route: _____
Generic substitution is permitted ____ YES ____ NO
1. 3. Time of administration: _____
1. 4. This student is expected to be receiving this medication (how long?): _____
1. 5. Special instructions regarding this medication (include any periodic screening you would like done and when/how often): _____

1. 6. Contact me if the following signs or symptoms appear: _____

I believe this student is able to carry and administer her/his own medication (excluding controlled substances) at the appropriate time and in the appropriate way. Please check: ____ YES ____ NO

Healthcare Provider's Signature: _____ Printed Name: _____

Date: _____ Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR (Favor de llenar la declaración apropiada)

- 1) Yo (nosotros), el suscrito(s) padre(s) o tutor(es) de _____ requiero (requerimos) que una enfermera escolar o empleado escolar capacitado administre el medicamento arriba mencionado de acuerdo a las instrucciones del médico tratante. Estoy de acuerdo (acordamos) en suplir la medicina recetada necesaria en un envase debidamente etiquetado y proporcionar el medicamento adicional si es necesario. Estoy de acuerdo (acordamos) de notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente en caso de haber un cambio de medicamento.
- 2) Yo (nosotros), el suscrito(s) padre(s) o tutor(es) de _____ pienso (pensamos) que él/ella está competente para llevar consigo y tomar por sí mismo(a) su medicamento (excluyendo las sustancias controladas) de acuerdo a las instrucciones del médico tratante mencionadas arriba a la hora y en la forma correspondiente. Doy (damos) permiso para que él/ella haga eso.

Implementación de estas órdenes y el cuidado incluye la autorización del médico tratante de salud para conversar sobre este medicamento y la condición y elementos de cuidado necesario para esta condición. Sin esta autorización, estas órdenes no serán implementadas.

Firma del padre / tutor legal _____ Fecha _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Se suspendió el medicamento a petición de: el padre ____ (se dio notificación al doctor: ____ Fecha: _____)
Se suspendió el medicamento a petición de: el doctor ____ Fecha: _____