



# Maternity B.V.M. School

Where Faith and Love Foster Academic Excellence

## *Medication Policy*

If your son/daughter requires prescription or non-prescription medication during school hours, the administration for this medication must be supervised by the school office staff. Any medication brought to school must be delivered to the School Office where it will be kept in a cabinet. Student's should not carry medication(s) on their person or keep them in their lockers or backpacks.

The School office staff must also be notified if the student is required to carry an inhaler.

When sending medication to school, please adhere to the following procedures:

1. The Medication Authorization Form must be completed annually by a physician and a parent/guardian. It will be necessary to renew the form yearly.
2. Medication must be in the original labeled container as dispensed (prescription medication) or the manufacturer's labeled container (nonprescription medication) the medication label must shall contain the student's name, name of medication, direction for use and date.
3. If medication doses or times change, a parent/guardian must notify the school office. A new Medication Authorization Form will be required.
4. It is recommended that students who carry an inhaler; Keep an extra inhaler in the School Office. **The use of an inhaler requires an inhaler Authorization Form to be completed.**
5. A Nebulizer Authorization Form is available if a student is required to perform such a treatment during school hours.
6. A Policy Statement of Liability for all medication(s) must be completed and signed by a parent/guardian annually.

No medication can be given unless these guidelines are followed. The intent of these guidelines is to provide for the safest administration of medication. If you have any questions, please contact the school office at (773)227-1140



# Maternity B.V.M. School

Where Faith and Love Foster Academic Excellence

## *Política de Medicamento*

Si su hijo requiere medicamentos recetados o sin receta durante el horario escolar, la administración de este medicamento debe estar supervisado por el personal de la Oficina de la escuela. Cualquier medicamento traído a la escuela debe entregarse a la Oficina de la escuela donde se mantendrá en un armario. Del estudiante no debe llevar medicación en su persona o mantenerlos en sus casilleros o mochilas.

El personal de la Oficina de la escuela deberá notificarse también si el estudiante en obligación de llevar un inhalador.

Al enviar medicamentos a la escuela, por favor siga los procedimientos siguientes:

1. El formulario de autorización de medicamentos debe ser completado anualmente por un médico y un padre o tutor. Será necesario renovar anualmente el formulario.
2. Medicamento debe estar en el original etiquetado contenedor como la dispensa (medicamento) o recipiente etiquetado del fabricante (receta) la etiqueta de medicamento debe deberá contener el nombre del estudiante, nombre del medicamento, dirección para el uso y la fecha.
3. Si el medicamento dosis o tiempos de cambio, un padre o tutor debe notificar a la Oficina de la escuela. Se requerirá un nuevo formulario de autorización de medicamentos.
4. Se recomienda estudiantes que llevan un inhalador; Mantenga un inhalador extra en la Oficina de la escuela. **El uso de un inhalador requiere un inhalador formulario de autorización para ser completado.**
5. Un formulario de autorización de nebulizador está disponible si se requiere un estudiante para realizar un tratamiento tan durante las horas escolares.
6. Una declaración de política de responsabilidad para todo medicamento debe ser llenada y firmada por un padre o tutor anualmente.

Ningún medicamento puede darse si no se siguen estas pautas. El propósito de estas directrices es proporcionar para la administración segura de medicamentos. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Oficina de la escuela al (773) 227-1140.



# Maternity B.V.M. School

Where Faith and Love Foster Academic Excellence

Student's Name (Last, First, Middle): \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Students Grade: \_\_\_\_\_

I hereby acknowledge that I am primarily responsible for administering medication to my child. However, in the event that I am unable to do so, I hereby authorize the school office or her designee, on my behalf, to administer or to attempt to administer to my child on an as basis the following:

Check all that apply:

\_\_\_\_\_ **Ibuprofen 200mg.1-2 tablets by mouth every 4-6 hours as needed for temporary relief of minor aches and pain due to the common cold, arthritis, muscle aches, headache, and fever. (Max: 6 tablets in a 24hr. period). Generic for: Motrin or Advil.**

\_\_\_\_\_ **Acetaminophen 500mg – 2 tablets by mouth every 5-4 hours as needed for temporary relief of minor aches and pains associated with headache, muscle aches, minor arthritis pain, toothache, common cold, and fever. (Max dose: 8 tablets in 24 hrs.) Generic for: Tylenol.**

\_\_\_\_\_ **Antacid (Calcium carbonate 420mg) – 2 tablets chewed by mouth every 2-3 hours as needed for relief of acid indigestion, sour stomach, hearth burn and upset stomach.**

Generic for: Tums

\_\_\_\_\_ **Antacid (Diotame)-2 tablets chewed by mouth every 1/2 hour to 1 hour, (max 8 doses in a 24-hour period) for relief of upset stomach, indigestion, nausea, heartburn, and diarrhea. Generic for: Pepto Bismol.**

\_\_\_\_\_ **Sinus Decongestant (Phenylephrine HCl 5mg.) – 2 tablets every 4 hours as needed for temporary relief of nasal congestion due to common cold, hay fever, other respiratory allergies and nasal congestion associated with sinusitis. (Max: 12 tablets in a 24-hour period)**

A Parent (Guardian) will be notified by the School Office (or her designee) if a student request medication for the same symptom twice within a week.

I agree to indemnify and hold harmless Maternity B.V.M., Its members, its board of directors, officers, employees, and volunteers from any claim, liability, loss or expense, including reasonable attorney fee, suffered by any of the foregoing indemnities an arising out of claim related directly or indirectly to my son/daughters (ward's) self-administration of the above referenced medications. I understand that Maternity B.V.M., School and foregoing individuals are to incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medications; provided however, this indemnity and holds harmless commitment does not apply to the willful and wonton conduct of the forgoing individuals.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (Printed)

\_\_\_\_\_  
Physician Signature



# Maternity B.V.M. School

Where Faith and Love Foster Academic Excellence

Nombre del Estudiante (Apellido, Primer, Segundo) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado del Estudiante \_\_\_\_\_

Por la presente reconozco que soy responsable de administrar la medicación a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no puedo hacerlo, autorizo la Oficina de la escuela o a quien designe, para administrar o intentar administrar a mi hijo sobre una base lo siguiente:

**Marque todas las que apliquen:**

\_\_\_\_\_ **Tabletas de 200mg.1-2 de ibuprofeno por vía oral cada 4-6 horas según sea necesario para el alivio temporal de dolores leves y dolor por el resfriado común, la artritis, dolores musculares, dolor de cabeza y fiebre. (Max: 6 tabletas en un período de 24 h.).**

Genérico para: Motrin o Advil.

\_\_\_\_\_ **Acetaminofén 500 mg-2 tabletas por boca cada 5-4 horas según sea necesario para el alivio temporal de dolores leves y dolores asociados con dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de artritis menor dolor de muelas, resfriado y fiebre. (Dosis Max: 8 tabletas en 24 hrs.) Genérico para: Tylenol.**

\_\_\_\_\_ **Antiácido (carbonato de calcio 420 mg) – 2 tabletas masticadas por boca cada 2-3 horas según sea necesario para el alivio de la indigestión ácida, agruras y malestar estomacal. Genérico para: Tums**

\_\_\_\_\_ **Antiácido (Diotame) -2 tabletas masticados por boca cada media hora a 1 hora, (máx. 8 dosis en un período de 24 horas) para el alivio del malestar estomacal, indigestión, náuseas, acidez de estómago y diarrea. Genérico para: Pepto Bismol.**

\_\_\_\_\_ **Sinus descongestionante (HCl fenilefrina 5 mg.) – 2 tabletas cada 4 horas según sea necesario para el alivio temporal de la congestión nasal debido al resfriado común, fiebre del heno, otras alergias respiratorias y congestión nasal asociados con la sinusitis. (Max: 12 tabletas en un período de 24 horas)**

Un padre (guardián) será notificado por la Oficina de la escuela (o quien designe) si un medicamento se solicitado por el estudiante para el mismo síntoma dos veces dentro de una semana.

Estoy de acuerdo en deslindar de cualquier responsabilidad a la escuela Maternity B.V.M, sus miembros de la junta directiva, empleados y voluntarios, de cualquier reclamación, responsabilidad, perdida o gasto, incluyendo honorarios de abogado resultantes de las indemnizaciones que preceden a una reclamación derivados y relacionados con auto-administración de medicamentos por mi hijo/hija (Ward), de los medicamentos de referencia anterior directa o indirectamente. Entiendo que la Escuela Maternity B.V.M. y el personal de la misma no son responsables de ninguna consecuencia por la auto-administración de dichos medicamentos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Medico**



# Maternity B.V.M. School

Where Faith and Love Foster Academic Excellence

SCHOOL YEAR: \_\_\_\_\_

SCHOOL GRADE: \_\_\_\_\_

## INHALER AUTHORIZATION FOR SELF-ADMINISTRATION

\_\_\_\_\_ uses an inhaler for asthma and may bring to school and carry for self-administration per physician orders.

*I acknowledge that Maternity B.V.M. School and its employees and agents are to incur no liability, except for willful and wanton conduct, because of any injury arising from the self-administration of inhaler medication by the above named student. In indemnify that the above named students has my permission to self-administer inhaler medication per his physician orders.*

\_\_\_\_\_  
*Parent/Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*



# Maternity B.V.M. School

Where Faith and Love Foster Academic Excellence

SCHOOL YEAR: \_\_\_\_\_

SCHOOL GRADE: \_\_\_\_\_

## MEDICATION AUTHORIZATION

NAME:

\_\_\_\_\_

MEDICATION:

\_\_\_\_\_

DOSAGE:

\_\_\_\_\_

TIME OF ADMINISTRATION:

\_\_\_\_\_

POSSIBLE SIDE EFFECTS:

\_\_\_\_\_

PHYSICIAN SIGNATURE:

\_\_\_\_\_

PHYSICIAN PRINTED NAME AND PHONE NUMBER:

\_\_\_\_\_

*I hereby authorize the administration of the above medication during School hours, under the supervision of the School office Staff at Maternity B.V.M. School. I will notify the School of any changes in medication or my child's medical condition.*

\_\_\_\_\_

*Parent/Guardian Signature*

\_\_\_\_\_

*Date*



# Maternity B.V.M. School

Where Faith and Love Foster Academic Excellence

AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION DE MEDICAMENTO

**NOMBRE:**

\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO:**

\_\_\_\_\_

**DOSIS:**

\_\_\_\_\_

**HORA DE ADMINISTRAR:**

\_\_\_\_\_

**POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS:**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO:**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL MEDICO Y NUMERO DE TELEFONO:**

\_\_\_\_\_

*Autorizo a la administración del medicamento anterior durante las horas de escuela, bajo la supervisión del personal de la Oficina de la Escuela Maternity B.V.M. Es mi responsabilidad notificar a la escuela de los cambios de medicación o condición médica de mi hijo/hija.*

\_\_\_\_\_

*Firma Del Padre/Tutor*

\_\_\_\_\_

*Fecha*



**Maternity B.V.M. School**

Where Faith and Love Foster Academic Excellence

AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACION DE USO DE INHALADOR**

\_\_\_\_\_ utiliza un inhalador para el asma y pueden  
Nombre del Estudiante

**Traer a la escuela y llevar para autoadministración por órdenes del  
médico.**

*Reconozco que la Escuela Maternity B.V.M, sus empleados y agentes no incurrir en  
ninguna responsabilidad, debido a los daños derivados de la autoadministración del  
medicamento por el estudiante con nombre anterior. Autorizo que el estudiante con el  
nombre anterior tiene mi permiso para auto administrar medicación por inhalador por  
órdenes de sus médico.*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*