



YPS Medication Authorization Form: Provider and Parent Permission to Administer Medication at School/School Sponsored Events

To Be Completed by Parent

Student Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ Teacher/HR: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

I request the school nurse give the medication listed on this plan; or after the nurse determines my child can take their own medications; trained staff may assist my child to take their own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

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

\_\_\_\_\_  
Email Phone Where We Can Reach You  Check if Cell

To Be Completed By Health Care Provider-Valid for 1 Year

Diagnosis \_\_\_\_\_

Medication \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Time(s) \_\_\_\_\_

Recommendations \_\_\_\_\_ ICD Code \_\_\_\_\_

Note: Medication will be given as close to the prescribed time as possible, but may be given up to one hour before or after the prescribed time. Please advise if there is a time-specific concern regarding administration.

Per MEDICAID requirements, frequency & duration as indicated "per" IEP when appropriate.

Independent Carry and Use Attestation Attached (Required for Independent Carry and Use)

NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated they can effectively self-administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine auto-injector, Insulin, carry glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

\_\_\_\_\_  
Name/Title of Prescriber (Please Print) Date

\_\_\_\_\_  
Prescriber's Signature Phone

\_\_\_\_\_  
Email



Return to:

School Nurse: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

School Address: \_\_\_\_\_

Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Formulario de autorización de medicamentos de YPS: Permiso del proveedor y de los padres para Administrar Medicamentos en la escuela/eventos patrocinados por la escuela

**Ser Completado por Padre/Tutor**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Maestra/o/: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Solicito a la enfermera de la escuela dé el medicamento indicado en este plan; o después de que la enfermera determine que mi hijo/a puede tomar sus propios medicamentos; el personal capacitado puede ayudar a mi hijo/a a tomar sus propios medicamentos. Proporcionaré el medicamento en la farmacia original o en un contenedor. Este plan se compartirá con el personal de la escuela que cuida a mi hijo/a.

_____	_____
Firma del padre/tutor	Fecha
_____	_____
Correo electrónico	Teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono móvil

**Para ser completado por el Doctor/Pediatra-Válido por 1 Año**

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Administrado \_\_\_\_\_ Tiempos dados \_\_\_\_\_

Recomendaciones \_\_\_\_\_ Código CIE \_\_\_\_\_

Nota: el medicamento se administrará lo más cerca posible del tiempo prescrito, pero se puede administrar hasta una hora antes o después del tiempo establecido. Por favor avise si hay una preocupación específica de tiempo con respecto a la administración.

Según los requisitos de MEDICAID, frecuencia y duración como se indica "por" IEP cuando corresponda.

**Atestación de portación y uso independientes adjunta (requerida para portación y uso independientes)**

La ley del estado de Nueva York requiere que ambos proveedores certifiquen que el estudiante ha demostrado que puede autoadministrarse de manera efectiva medicamentos de rescate respiratorios inhalados, autoinyectores de epinefrina, insulina, llevar suministros de glucagón y diabetes u otros medicamentos que requieren una administración rápida junto con la entrega del permiso del padre/tutor para permitir esta opción en la escuela. Marque esta casilla y adjunte el certificado a este formulario para solicitar esta opción.

\_\_\_\_\_  
Nombre/Título del Prescriptor (Letra de imprenta)      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del prescriptor      Teléfono

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

Sello

Volver a:  
Enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de Escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ Fax: (    ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_