



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

Stamp

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 ☐ 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 _____