



1840 Torresdale Avenue
Philadelphia, PA 19124

215.291.4436 phone
215.291.4985 fax
info@mbacs.org email

USE OF MEDICATION PERMISSION FORM

“Medication” includes Prescription and Over the Counter medicines; all medication brought to school must be in the original labeled container and must be **delivered to school by the parent/guardian**. All medications are to be kept in the nurse’s office unless otherwise specified by the child’s Health Care Provider. Every attempt should be made to dispense medication at home; however, any medication deemed necessary for the continued treatment of medical conditions will be given during school hours as prescribed by the child’s Health Care Provider.

Prescription Medication:

-A written/electronic Prescription (MED-1) form from the child’s Health Care Provider is required in order to dispense Prescription medication at school and must be in the Pharmacy container and labeled.

Over the Counter Medication:

-A written/electronic Prescription (MED-1) form from your child’s Health Care Provider is required in order to dispense Over the Counter medications at school for cramps and migraines.

ATTENTION PARENT/GUARDIAN: **Your signature is required on the lower portion of this form.** By providing your signature, you are giving permission for administration of medication as well as permission for the nurse to communicate to your child’s PCP regarding medication as well as obtaining any medical information.

PERMISSION FOR MEDICATION TO BE GIVEN AT SCHOOL

Student Name _____ Grade _____
Health Care Provider Name _____ Phone _____

(Inhalers, Epi-pens, Migraines, Insulin pumps and Insulin injections require Action Plan or Treatment Plan attached for use in school)

Parent/Guardian Signature _____ Phone _____ Date _____
Parent/Guardian Email Address _____

Permission for School Nurse to administer Over the Counter occasionally (Migraines and Cramps need MED-1 form):

Acetaminophen yes no Ibuprofen yes no

***** PLEASE NOTE:** Physicians orders and Parent Permission are valid for the current school year and MUST be updated each school year***



1840 Torresdale Avenue
Philadelphia, PA 19124

215.291.4436 phone
215.291.4985 fax
info@mbacs.org email

PERMISO para uso de medicación

"Medicamento" incluye la prescripción y más de los medicamentos; Todos los medicamentos traídos a la escuela debe estar en su envase original etiquetado y **debe ser entregado a la escuela por el padre / tutor**. Todos los medicamentos deben ser guardados en la oficina de la enfermera a menos que se especifique lo contrario por el médico del niño/a. Debe hacerse todo lo posible para dispensar medicamentos en el hogar; sin embargo cualquier medicamento que se considere necesario para se le dará el tratamiento continuado de las condiciones médicas durante el horario escolar según lo prescrito por el médico del niño/a.

Prescripción médica:

- Se requiere una forma escrita / receta electrónica (MED-1) del proveedor de atención médica del niño/a con el fin de dispensar medicamentos con receta en la escuela y debe estar en el envase y etiquetado de Farmacia.

Medicamentos de venta libre:

- Se requiere una forma escrita / receta electrónica (MED-1) del proveedor de atención médica de su hijo/a con el fin de dispensar medicamentos de venta libre en la escuela para los calambres y las migrañas.

Atención Padres / Tutor : Se requiere su firma en la parte inferior de esta forma.

Al proporcionar su firma le está dando permiso para la administración de medicamentos, así como el permiso para que la enfermera pueda comunicarse con el PCP de su hijo/a acerca de los medicamentos, así como la obtención de cualquier información médica.

Permiso de medicamentos para dar en la escuela

Nombre del estudiante _____ Grado _____
Nombre de proveedor medico _____ Teléfono _____

(Inhaladores, Epipens, migrañas, Bombas de insulina y requiere inyecciones de insulina Plan de Acción o Plan de Tratamiento adjunto para su uso en la escuela)

Firma del padre / Tutor _____ Teléfono _____ fecha _____
Dirección de correo electrónico de Padres / Tutor _____

Permiso para la enfermera de la escuela para administrar medicación (Las migrañas y calambres necesitan MED-1 formulario):

_Acetaminophen Si ___ No ___ Ibuprofen Si ___ No ___

***** Nota: los pedidos Médicos y Permiso de los Padres son válidos para el año escolar actual y debe actualizarse cada año escolar *****