WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM

Form 1702 Parent/Guardian Request and Physician's Order Form for Medication

Student Name: **Date of Birth:** **School:** **School Year:**

	Diagnosis	Medication Name **Right** Medication	Dosage **Right** Amount	How to Give **Right** Route	When to Give **Right** Time	Medication Log Date/Time Given/Staff Initials
Daily	Diagnosis ☐ _____ ☐ _____					
Allergy	List of Allergens:	☐ Diphenhydramine (Benadryl) ☐ Other _____	☐ Dose _____	☐ By Mouth ☐ Other _____	☐ Upon Exposure ☐ Mild Reaction	
		☐ Epinephrine Auto-Injector	☐ 0.15 mg ☐ 0.3 mg	Intramuscular (IM) Injection	☐ Upon Exposure ☐ Severe Reaction ☐ If provided, **repeat dose after _____minutes if symptoms continue**	
Asthma	Green Zone Exercise Induced	☐ Albuterol ☐ Other _____	☐ 2 puffs ☐ 1 ampule/vial ☐ Other _____	☐ Inhaled (use spacer if provided) ☐ Nebulizer	☐ DAILY before exercise ☐ AS NEEDED before exercise ☐ Other _____	
	Yellow Zone	☐ Albuterol ☐ Other _____	☐ 2 puffs ☐ 4 puffs ☐ 1 ampule/vial ☐ Other _____	☐ Inhaled (use spacer if provided) ☐ Nebulizer	☐ Every 4 hours as needed ☐ Other _____	
	Red Zone **CALL 911**	☐ Albuterol ☐ Other _____	**CALL 911** ☐ 4 puffs ☐ 1 ampule/vial ☐ Other _____	☐ Inhaled (use spacer if provided) ☐ Nebulizer	☐ For Emergency Symptoms	
	Other Asthma Medications (Example - Symbicort, Dulera, etc.)	☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ with Spacer	**Please complete with specific numbers of puffs and minutes – no ranges** ☐ Exercise: __ puff(s) inhaled before exercise as needed to prevent symptoms ☐ Yellow Zone: __ puff(s) inhaled every __ minutes for cough/wheeze/shortness of breath, up to __ puffs Call parent/guardian if symptoms have not improved after __ puffs ☐ Red Zone: Call 911 – __ puff(s) inhaled every __ minutes up to __ puffs			
	Diabetes	☐ Glucagon ☐ GVoke ☐ Baqsimi ☐ Other _____	☐ Dose _____	☐ Subcutaneous SQ ☐ Intramuscular IM ☐ Nasal Spray ☐ Other _____	If student becomes unconscious	
	Seizure	☐ Diastat ☐ Valtoco ☐ Nayzilam ☐ Other_____	☐ Dose _____	☐ Rectal Gel ☐ Nasal Spray ☐ Other _____	☐ Seizure Onset ☐ After 5 minutes ☐ After____ minutes ☐ Other _____	

Physician's Printed Name:	Physician's Telephone:	Date:
Physician's Signature:	Physician's Fax:	MD Stamp:

Rev. 01-24-2012, 04-04-2016, 10-20-2021, 03-30-2022

PARENT/GUARDIAN MUST SIGN "*To be completed by parent*" SECTION ON THE BACK THIS FORM

WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM

Form 1702 Parent/Guardian Request and Physician's Order Form for Medication

Student Name: **Date of Birth:** **School:** **School Year:**

Para ser llenado por el Padre o Tutor Legal:

Yo entiendo que:

- El personal que administra el medicamento no es una persona con entrenamiento médico.
- Es mi responsabilidad tener un adulto para llevar el medicamento a la escuela.
- Si el medicamento no está disponible en la escuela, se llamará al 911 si hay una emergencia.
- Si mi hijo(a) participa en actividades o deportes de WCPSS antes o después de la escuela, yo soy responsable de contactar al asesor o al entrenador para informar de la condición médica de mi hijo(a). Yo proveeré los medicamentos de emergencia adicionales que podrían ser necesarios durante la actividad. Yo puedo contactar a la enfermera de la escuela si se necesita ayuda en enseñar al asesor o al entrenador el procedimiento médico o si se necesita compartir una copia de la información con ellos.

Yo solicito que:

- Se administre el medicamento a hi hijo(a) como está indicado en la orden del médico.
- Si se ordena una inyección de emergencia, doy mi permiso para que la enfermera de la escuela enseñe a un empleado designado en la manera de administrarla.

Yo autorizo:

- La divulgación e intercambio de información médica entre el doctor de mi hijo(a), la enfermera de la escuela y WCPSS que es necesario en proveer servicios para mi hijo(a).

Por medio de la presente doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba medicamento durante las horas escolares. Este medicamento ha sido recetado por un médico licenciado.

Por medio de la presente libero a la Junta Directiva Escolar, sus agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad (obligación) que pueda resultar cuando mi hijo(a) tome el medicamento recetado.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____Fecha: _____Teléfono: _____

Student Self-Carry and Self-Administration of Emergency Medication

To be completed by Physician:

The student must have the medication(s) listed on the reverse side of this form during the school day or at school sponsored events in order to function. **Adult Supervision is NOT needed**. The student has been instructed in the treatment plan and self-administration of the listed medication(s) and has demonstrated the skill level necessary to self-administer medications for:

☐ Asthma ☐ Severe Allergy ☐ Insulin ☐ Other _____

For Epinephrine Auto Injector Only:

In the event the student is experiencing respiratory difficulty and is unable to administer the Epinephrine Auto Injector, the school nurse will train designated school staff to administer the Epinephrine Auto Injector and call 911.

Physician Printed Name: _____

Physician Signature: _____**Date:** _____

To be completed by Student at school:

☐ I have demonstrated use of my medication for the school staff listed.
☐ I plan to keep my medication and equipment with me at school
☐ I will use my medication as advised by my physician.
☐ I will not allow any other person to use my medication.
☐ I will notify a school staff member if I am having more difficulty than usual with my medication

Student Signature: _____Date: _____

Para ser llenado por el Padre o Tutor Legal:

Yo solicito y doy permiso a mi hijo(a) a llevar y administrarse el medicamento listado al otro lado de esta hoja durante horas escolares, durante actividades escolares o cuando está en camino a la escuela o de regreso de la escuela. **No se necesita la supervisión de un adulto.**

Yo entiendo que:

- Yo le proporcionaré a la escuela medicamento adicional (más de lo que carga el estudiante) que se mantendrá en la escuela.
- Se requiere que mi hijo(a) muestre al personal de la escuela entrenado por la enfermera de la escuela el nivel de experiencia necesario para administrarse el medicamento.
- Mi hijo(a) puede ser sometido a acciones disciplinarias si usa el medicamento en otra forma que la recetada.

Para el Uso del Inyector Automático Epinefrina Solamente:

En el evento de que mi hijo(a) tenga dificultad respiratoria y no se le sea posible administrarse el Inyector Automático Epinefrina recetado por el doctor, un empleado entrenado le puede administrar el Inyector Automático Epinefrina y llamar al 911. Yo he observado a mi hijo(a) mostrar el nivel de experiencia necesario para poner en práctica el plan de cuidado médico recetado por su proveedor de salud.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

To be completed by School Nurse:

I have observed the student indicated above verbalize and demonstrate the skill level necessary to use the medication prescribed by the above physician.

☐ Inhaler ☐ Epinephrine Auto Injector Inhaler ☐ Other _____

Nurse Signature: _____Date: _____