

Springfield Public Schools  
**Standard Medication Order Form**  
**For ALL Medications to be Administered During School Hours**

**Students Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**Gender:** M / F                      **Last**                      **First**

**Prescription Form to be completed by the ordering Physician/Nurse Practitioner. Hours of medication administration in the schools will be between the hours of 11:00 and 12:30.**

**Start Date Order is in effect:** \_\_\_\_\_ **Ending Date:** \_\_\_\_\_  
(All Medication orders need to be renewed each academic year on a separate order form.)

**Name of Medication:** \_\_\_\_\_

**Medical Diagnosis for use of this Medication:** \_\_\_\_\_ **Allergies** \_\_\_\_\_

**Administration: Route:** \_\_\_\_\_ **Dosage:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_ or PRN

**PRN Medication guidelines: Frequency:** \_\_\_\_\_ (Please circle) **May repeat: x 1 or 2.**

**Specific indication/directions for PRN Medications:**

\_\_\_\_\_

**Side Effects:** \_\_\_\_\_

**If this RX is for an Inhaler or Epi-pen can this student self-administer? (Please circle) YES / NO**

(PRINT) \_\_\_\_\_ (SIGN) \_\_\_\_\_  
**Physician/Nurse Practitioner Signature                      Date Ordered**

**Please provide physician's office stamp in space provided:**

I request that my child be assisted in taking the above medication as prescribed by the PCP/NP during school hours by an authorized person or is permitted to self-medicate themselves as prescribed by the physician and authorized by me. I give my permission for the school nurse to discuss with the prescriber and school staff as necessary information on this form.

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

**Home Phone** \_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_

**Emergency Phone:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**School Nurse Signature                      Date Received**

\_\_\_\_\_  
**Nurse Signature that verified orders with computer orders.                      Date Verified**

Escuelas Públicas de Springfield  
**Formulario Estándar De Pedido De Medicamentos**  
**Para TODOS Los Medicamentos Que Se Deben Administrar Durante Las Horas Escolares**

**Nombre del Estudiante:** <<Last Name>>, <<First Name>> **Fecha de Nacimiento:** <<Date of Birth>>

**Género:** <<Sex>> **Apellido** **Nombre**

**Formulario de Medicamentos Prescritos para ser completado por el Medico/Enfermera prescribiendo el medicamento. Los horarios de administración de medicamentos en las escuelas, serán entre las 11:00 and 12:30.**

**Fecha de Inicio / Orden en Vigor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Conclusión:** \_\_\_\_\_  
(Todos los pedidos de medicamento deben ser renovados cada año académico, en un formulario de pedido separado.)

**Nombre del Medicamento:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Médico para el uso de este Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Alergias** \_\_\_\_\_

**Administración: Itinerario:** \_\_\_\_\_ **Dosis:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ o Según Sea Necesario

**Guía para Medicamentos Según Sean Necesarios: Frecuencia:** \_\_\_\_\_

(Por favor circule) **Puede repetir: 1 o 2 veces.** **Indicaciones Específicas para Medicamentos Según Sean Necesarios:**

\_\_\_\_\_

**Efectos Secundarios:** \_\_\_\_\_

**Si esta Prescripción es para un Inhalador o para una pluma Epi, ¿puede este estudiante auto-administrarse? SÍ / NO**

(LETRA DE MOLDE) \_\_\_\_\_ (FIRMA) \_\_\_\_\_  
**Firma de Doctor/Enfermera** **Fecha de Orden**

**Proporcione el sello de la oficina del médico en el espacio provisto:**

Solicito que a mi hijo/a se le ayude a tomar el medicamento indicado arriba como lo indicó el Doctor / Enfermera, durante las horas de la escuela por una persona autorizada o se le permita auto-medicarse según lo prescrito por el médico y autorizado por mí. Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela hable con el prescriptor y el personal de la escuela acerca de la información necesaria en este formulario.

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre/Tutor**

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

**Teléfono del Hogar** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Emergencia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de Enfermera Escolar**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Recibo**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la enfermera que verificó los pedidos con pedidos por computadora.**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Verificación**