



# Community Consolidated School District 46

## Pupil Services Department

CCSD 46 | 103 E Belvidere Road, Hainesville, IL 60030 | 847-543-6225 | FAX 847-543-4132

**Mrs. Heather Lorenzo, M.S. Ed.**  
**Director**  
lorenzo.heather@d46.org

**Mrs. Linda Mizwicki, M.S. Ed.**  
**Coordinator**  
mizwicki.linda@d46.org

### FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Año escolar \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Con mi firma, solicito que el estudiante aquí nombrado reciba por parte del personal del Distrito #46, el medicamento indicado en este formulario, en mi nombre y lugar, de acuerdo con la política escolar. Me comprometo en entregar el medicamento en la escuela de manera oportuna, en su envase y con etiqueta original. Notificaré a la escuela si el medicamento cambia o se suspende. Entiendo que es responsabilidad del estudiante presentarse a tiempo para recibir este medicamento. Eximo completamente a la escuela, a sus empleados y a la junta educativa de toda responsabilidad relacionada con la administración de este medicamento y de cualquier lesión que surja de la autoadministración o posesión de este medicamento por parte del estudiante.

\_\_\_\_\_  
Padre de familia/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco

### TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER (Esta sección debe ser completada por el médico)

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

Form of Medication:

Tablet/Capsule

Liquid

Inhaler

Injection

Nebulizer

Other: \_\_\_\_\_

Schedule and Dosage: \_\_\_\_\_

For academic year

For dates between: Start Date: \_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_

For episodic/emergency events only



# Community Consolidated School District 46

## Pupil Services Department

CCSD 46 | 103 E Belvidere Road, Hainesville, IL 60030 | 847-543-6225 | FAX 847-543-4132

**Mrs. Heather Lorenzo, M.S. Ed.**  
**Director**  
lorenzo.heather@d46.org

**Mrs. Linda Mizwicki, M.S. Ed.**  
**Coordinator**  
mizwicki.linda@d46.org

**TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER Cont.(Esta sección debe ser completada por el médico)**

Adverse Reactions to Report to Physician: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Special Storage Requirements:     None             Refrigerate             Other:\_\_\_\_\_

Self-Administering: This medication is critical to the student's wellbeing.  
This student is both capable and responsible for self-administering this medication.  
 No                     Yes - Supervised             Yes - Unsupervised

Self-Carry: This medication is critical to the student's wellbeing. This student may carry this medication.  
 No                     Yes

HEALTHCARE PROVIDER SIGNATURE REQUIRED

\_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Signature                                  Printed Name                                  Date

\_\_\_\_\_  
Address    Phone Number