**ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT NO. 170**

**SAM J. MELE ADMINISTRATION CENTER**
30 West 16th Street
Chicago Heights, Illinois 60411-3412
708-756-4165 FAX 708-755-3536



To: Parents
From: School District No. 170
Re: Administration of Prescription Drugs at School District 170
(Illinois State Code Section 10.22.23 and 10.22.24)

The following procedures have been adopted by School District 170 on the position of administering medication to our students:

1. The DOCTOR must complete and sign a written order for prescription and non-prescription medication to be given at school. (See attached "Medical Condition Action Plan and Medication Authorization" form.)
2. PARENT/GUARDIAN must sign the permission slip authorizing the school staff to administer the medication.
3. Medication must be brought to the school in a container, appropriately labeled by the pharmacy and/or physician, or in the store-bought container.

No medication will be given to a student without the forms on file at the school.
No non-prescription medication will be given to a student without the doctor's authorization.
This policy will be strictly adhered to.

---

Para: Los padres
Del: Distrito 170
Tocante: La Administración de Drogas de Receta (prescripción) en Distrito 170
(El código del Estado Illinois sección 10.22.23 y 10.22.24)

Los siguientes procedimientos han sido escojidos por el Distrito 170 sobre la posición de administrar medicina a nuestros alumnos:

1. El MÉDICO debe completer y firmar una orden escrita para la prescripción y los medicamentos sin receta que ha de darse en la escuela. (Ver adjunto "Plan de Acción de Condición y Autorización de Medicamentos " ).
2. Un PADRE/TUTOR debe firmar el formulario de permiso que autoriza el personal de la escuela para adminstrar el medicamento.
3. El medicamento debe ser traído a la escuela en un contenedor apropiado, etiqueta de la farmacia y/o médico , o en el contenedor comprado en la tienda .

La medicina no se administrará al alumnos sin las formas necesarias en la oficina.
No se adminstrará medicina que no es de recetas del doctor (sin prescripción) sin permiso del doctor.
Estas reglas se adherirán estrictamente.

**SCHOOL DISTRICT 170 - CHICAGO HEIGHTS, ILLINOIS**

MEDICAL CONDITION ACTION PLAN AND MEDICATION AUTHORIZATION
PLAN DE ACCIÓN DE CONDICIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

***** Health Care Provider MUST complete: / **Proveedor de Asistencia médica DEBE completar:***

Student's Name: _____Birth Date: _____

Medical Condition (Diagnosis): _____
(Diabetics must provide a separate, detailed Diabetes Medical Management Plan)

Symptoms: _____
Activity restrictions: _____

Emergency action for school staff to take:

_____

_____

Call 911 if: _____
While waiting for ambulance, school staff should: _____

_____

Food restrictions (for food allergy/sensitivity):

_____

**Medication to be given at school**:
Name of Medication: _____
Dosage: _____
Time: _____
Side effects: _____
Adverse side effects (CALL Physician): _____

*****Health Care Provider (MD, DO, APN, PA) must sign below:***

**Print Name _____Signature _____Date_____**

**Address _____ Phone _____**

- I give permission to the School Nurse, the Building Administrator or (his/her designee) to administer to my child his/her medication as prescribed by the Physician. I understand that the school is NOT responsible for dispensing medicine to my child, and that if the above are not available, my child will NOT be given the medication. I acknowledge that it is my responsibility to provide the most up-to-date and complete information regarding my child's condition and treatment. I acknowledge that the District, and the District's employees and agents, are not liable for civil or other damages as a result of conduct, other than willful or wanton misconduct, related to the care of my child. **This form may be shared with school staff**.

- Yo doy permiso a la Enfermera de la escuela, administrador del edificio o (a una persona designado) que le administre el medicamento dado por el doctor a mi hijo/a. Yo comprendo que la escuela no será responsable en dispensar el medicamento a mi hijo/a, y si, las siguientes personas no están disponibles, no se le dará medicamento a mi hijo/a. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar la información más actualizada y completo sobre la condición de mi hijo/a. Reconozco que el Distrito, el personal y representantes del Distrito no será responsable por c daños civiles o de otro tipo como resultado de una conducta, además de mala conducta voluntariosa o disoluta relacionada con el cuidado de mi niño/a. **Esta forma puede ser compartida con el personal escolar.**

Parent/Guardian signature/Firma de padres/tutores: _____Date/Fecha: _____