



**Kip Crain, Ph.D., Superintendent**  
**Mary A. Workman, Treasurer**  
**Matt Brown, Principal**

518 West Prospect Street  
Smithville, Ohio 44677

High School: 330-669-7000  
High School Fax: 330-669-7001  
Adult Education: 330-669-7070  
Adult Ed Fax: 330-669-7071  
Website: [www.wcsc.org](http://www.wcsc.org)

AUTORIZACIÓN PARA PRESCRITO  
MEDICAMENTOS/MEDICAMENTOS O TRATAMIENTO

Al Padre:

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA QUE CUALQUIER ESTUDIANTE PUEDA USAR MEDICAMENTOS RECETADOS O RECIBA TRATAMIENTO EN LA ESCUELA. TODOS LOS ESPACIOS DEBEN SER COMPLETADOS. POR FAVOR ENVÍE CUALQUIER MEDICAMENTO EN EL FRASCO DE PRESCRIPCIÓN ORIGINAL.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Grado

1. Solicito permiso para mi hijo nombrado anteriormente para: (Compruebe todo lo que corresponda)  
\_\_\_\_ usar o recibir medicamentos prescritos  
\_\_\_\_ recibir tratamiento prescrito  
\_\_\_\_ autoadministrar medicamentos prescritos en mi presencia o la de un miembro autorizado del personal  
\_\_\_\_ sólo para estudiantes con diabetes: autoadministrar el cuidado de la diabetes de acuerdo con la Política 5336 de acuerdo con la prescripción del Médico.

1. Asumiré la responsabilidad de la entrega segura del medicamento/medicamento a la escuela, excepto para el medicamento para la diabetes que el estudiante puede poseer de conformidad con la Política 5336.

1. Notificaré a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso del medicamento/medicamento o el tratamiento prescrito, o si deseo revocar esta autorización.

1. Libero y acepto que la Junta de Educación, sus funcionarios y sus empleados estén indemne de toda responsabilidad por daños o perjuicios resultantes directamente de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar

\_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo



**Kip Crain, Ph.D., Superintendent**  
**Mary A. Workman, Treasurer**  
**Matt Brown, Principal**

518 West Prospect Street  
Smithville, Ohio 44677

High School: 330-669-7000  
High School Fax: 330-669-7001  
Adult Education: 330-669-7070  
Adult Ed Fax: 330-669-7071  
Website: www.wcsc.org

5330 F1/page 2 of 3

LICENSED PRESCRIBER'S STATEMENT

(Al Padre – favor llevar este formulario al médico para que pueda completar para su hijo/hija)

To the Prescriber:

The School District requires that all of the following information be provided before it will administer medication or treatment to the student named on this form.

STUDENT NAME (FIRST AND LAST): \_\_\_\_\_

STUDENT ADDRESS: \_\_\_\_\_

STUDENT DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

I have prescribed the following medication/treatment \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beginning Date \_\_\_\_\_ Ending Date \_\_\_\_\_

Dosage, instructions, or precautions (including possible side effects): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**For student with diabetes only:**

I authorize the student to attend to his/her diabetes care and management, in accordance with my order, during regular school hours and school sponsored activities. I have determined that the student is capable of performing diabetes care tasks.

I do not authorize the student to attend to his/her diabetes care and management during regular school hours and school sponsored activities.

Prescriber's Signature \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Printed/Typed Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

The following staff members are authorized to administer the above-prescribed medication(s)/treatment(s):

---

---

Director 10/06

2/18/15

© NEOLA 2014

11/20/2015

The Wayne County Schools Career Center complies with Title II, Title VI and Title VII of the Civil Rights Act of 1964, Title IX of the Education Amendment of 1972, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, American with Disabilities Act, Age Discrimination in Federal Assisted Program Act, and the Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 in its policies and practices of non-discrimination and harassment against students and employees on the basis of religion, race, color, national origin, sex, disability, military status, age, or genetic information in its program, activities, or employment.