



Kent City Community Schools

Kent City Community Schools provides a nurturing learning environment and educates all students to be lifelong learners.

Medical/Treatment Consent Form

Student Name: _____ Birthdate: _____ School Year: _____

Diagnosis/Condition: _____

Consent for Administration of Health Treatment and/or Medication at School

- Parents are urged to provide health treatments and give medication at home and on a schedule other than school hours if possible. If it is necessary that treatments and/or medication be provided during school hours, these regulations must be followed.
PLEASE NOTE: Medication refers to any prescription, non-prescription, homeopathic, herbal, vitamin or mineral preparation.
- Health treatments and medications must be prescribed in writing by a physician or other licensed health care provider and must be renewed at least annually. Providers complete Part 1 below, and sign form Part 2 and fax written instructions to school.
- **All medication, prescription and nonprescription must be brought to school in the original pharmacy container with the current label showing the name of the student, medication, strength, dosage and time (s) to be given.** Only the parent/guardian or other responsible adult or the pharmacy may deliver medicine to school. Students are not allowed to bring their own medication to school.
- Health treatment supplies will be provided for school use for each student by parent/guardian as needed.
- Parent/guardian written permission is required to administer treatments and medications at school as directed by physician/licensed health care provider, including permission to contact the provider as necessary. Parent(s) must sign below-Part 2.

Part 1-Physician/Health Care Provider Medication/Treatment Instructions:

TREATMENT/MEDICATION	STRENGTH	DOSAGE/ROUTE	Time (s)/Frequency	
			Home	School

Recommendations, Special Considerations, Side Effects, Precautions, Allergies: _____

Part 2-Authorization Signatures:

The following signatures serve as written authorization for permission to administer health treatment and/or medication as directed at school. Authorization includes permission for school personnel and the health care provider to contact each other if needed. Medication and treatment information is kept confidential but it may be shared with appropriate staff for emergency care.

Physician/Provider Information: _____

Print Name _____ Signature _____
 Date _____ Phone _____ Fax _____

Parent/Guardian Information: _____

Print Name _____ Signature _____
 Date _____ Phone _____ Fax _____

Administration 200 N Clover St Kent City, MI 49330 (616)678-7714 Fax (616)678-4320	High School 351 N Main St Kent City, MI 49330 (616)678-4210 Fax (616)678-4371	Middle School 285 N Main St Kent City, MI 49330 (616)678-4214 Fax (616)678-5099	Elementary 29 College St Kent City, MI 49330 (616)678-4181 Fax (616)678-7785 or 7786
---	--	--	---



Kent City Community Schools

Kent City Community Schools provides a nurturing learning environment and educates all students to be lifelong learners.

Medico/Tratamiento de Consentimiento

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Ano Escolar: _____

Diagnostico/Estado: _____

El consentimiento para la administración de tratamiento de la salud y / o medicamentos en la escuela

- Se insta a los padres a proveer tratamientos de salud y dar medicamento en su casa y en un horario distinto del horario escolar, si es posible. Si es necesario que se proporcionen los tratamientos y / o medicamentos durante el horario escolar, estos reglamentos deben ser seguidas. **TENGA EN CUENTA:** Los medicamentos se refiere a cualquier receta, sin receta, homeopáticos, hierbas, vitaminas o minerales preparación.
- Tratamientos de salud y los medicamentos deben ser recetados por escrito por un médico u otro proveedor de atención de la salud con licencia y deben renovarse al menos cada año. Proveedores de completar la Parte 1 abajo, y firmar el formulario-Parte 2 y fax instrucciones por escrito a la escuela.
- **Todos los medicamentos, con receta y de venta libre deben ser llevados a la escuela en el envase original de la farmacia con la etiqueta actual, mostrando el nombre del estudiante, la medicación, la fuerza, la dosis y el tiempo (s) que debe darse.** Sólo el padre / tutor u otro adulto responsable o la farmacia puede ofrecer la medicina a la escuela. Los estudiantes no se les permite traer sus propios medicamentos a la escuela.
- Se proporcionarán suministros para el tratamiento de la Salud para el uso escolar de cada alumno por el padre / tutor, según sea necesario.
- Se requiere el permiso por escrito del padre / tutor para administrar tratamientos y medicamentos en la escuela como lo indique el médico / proveedor de cuidados de salud con licencia, incluyendo el permiso para ponerse en contacto con el proveedor si es necesario. Los padres deben firmar abajo-Parte 2.

Part 1- Instrucciones de Medicación/Tratamiento de Abastecedor de Médico/Asistencia médica:

Tratamiento/Medicación	Fuerta	Dosificación / Ruta	Tiempo (s)/Frecuencia	
			Casa	Escuela

Recomendaciones, Consideraciones Especiales, Efectos Secundarios, Precauciones, Alergias: _____

Part 2- Firmas de Autorización:

Las siguientes firmas sirven como autorización por escrito permiso para administrar el tratamiento de la salud y / o medicamentos, según las indicaciones en la escuela. Autorización incluye el permiso para el personal escolar y médico para ponerse en contacto entre sí, si es necesario. La medicación y la Información sobre el tratamiento es confidencial pero puede ser compartida con el personal apropiado para la atención de emergencia.

Médico:

Nombre de Letra _____ Firma _____
 Fecha _____ Teléfono _____ Fax _____

Padra/Guarda:

Nombre de Letra _____ Firma _____
 Fecha _____ Teléfono _____ Fax _____

Administration 200 N Clover St Kent City, MI 49330 (616)678-7714 Fax (616)678-4320	High School 351 N Main St Kent City, MI 49330 (616)678-4210 Fax (616)678-4371	Middle School 285 N Main St Kent City, MI 49330 (616)678-4214 Fax (616)678-5099	Elementary 29 College St Kent City, MI 49330 (616)678-4181 Fax (616)678-7785 or 7786
---	--	--	---