



Kent City Community Schools

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
- If your child is Medicaid eligible, school health services may be billed on behalf of the school. School district billing will not impact future benefits of your family's Medicaid plan. This would include release Personally Identifiable Information (PII) about my child (including date of birth, disability, gender, school, date of services, type of services) to Michigan Medicaid and its billing agencies for Medicaid reimbursement of School-Based Services

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) 274-5227	High School 351 N Main St Kent City, MI 49330 (616) 678-4210 Fax (616) 274-5226	Middle School 285 N Main St Kent City, MI 49330 (616) 678-4214 Fax (616) 274-5225	Elementary 29 College St Kent City, MI 49330 (616) 678-4181 Fax (616) 274-5223
---	--	--	--



Kent City Community Schools

Consentimiento de Médico/Tratamiento

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Año 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 seguidos. **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.
- Si su hijo es elegible para Medicaid, los servicios de salud escolar pueden facturarse en nombre de la escuela. La facturación del distrito escolar no afectará los beneficios futuros de su familia. Plan de Medicaid. Esto incluiría la divulgación de información de identificación personal (PII) sobre mi hijo (incluida la fecha de nacimiento, discapacidad, sexo, escuela, fecha de los servicios, tipo de servicios) a Michigan Medicaid y sus agencias de facturación para el reembolso de Medicaid de los servicios escolares

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) 274-5227	High School 351 N Main St Kent City, MI 49330 (616) 678-4210 Fax (616) 274-5226	Middle School 285 N Main St Kent City, MI 49330 (616) 678-4214 Fax (616) 274-5225	Elementary 29 College St Kent City, MI 49330 (616) 678-4181 Fax (616) 274-5223
---	--	--	---