



**MEDICATION ORDER FORM (to be completed by a licensed prescriber)**  
Springfield Prep Charter School

**STUDENT INFORMATION**

---

Name of Student \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

**PROVIDER INFORMATION**

---

Name of Licensed Prescriber \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Business Phone \_\_\_\_\_ Emergency Phone \_\_\_\_\_

**MEDICATION INFORMATION**

---

Medication \_\_\_\_\_

Route of administration \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

Frequency \_\_\_\_\_ Time(s) of Administration \_\_\_\_\_

(Please note: Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours.)

Specific directions or information for administration: \_\_\_\_\_

Date of Order \_\_\_\_\_ Discontinuation Date \_\_\_\_\_

Diagnosis\* \_\_\_\_\_

Any other medical condition(s)\* \_\_\_\_\_

1. Special side effects, contraindications, or possible adverse reactions to be observed:

\_\_\_\_\_

2. Other medication being taken by the student:

\_\_\_\_\_

3. The date of the next scheduled visit or when advised to return to prescriber: \_\_\_\_\_

4. Consent for self-administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate).

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Signature of Licensed Prescriber**

\_\_\_\_\_

\* if not in violation of confidentiality



**FORMULARIO DE MEDICAMENTO**  
**(para ser completada por un prescriptor licenciado)**  
Springfield Prep Charter School

**INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE**

---

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PROEEVEDOR**

---

Nombre de Prescriptor Licenciado \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Numero Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Numero Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE MEDICAMENTO**

---

Medicamento \_\_\_\_\_

Ruta de Administración \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_ Hora(s) of Administración \_\_\_\_\_

(Nota: Siempre que sea posible, la medicación se debe programar en momentos distintos de las horas de clase.)

Direcciones o información específicas para la administración: \_\_\_\_\_

Fecha de Orden \_\_\_\_\_ Fecha de Discontinuación \_\_\_\_\_

Diagnóstico\* \_\_\_\_\_

Cualquier otra condición(s) médica\* \_\_\_\_\_

1. Los efectos secundarios, contraindicaciones o posibles reacciones adversas especiales que deben observarse:

---

2. Otro medicamento que se toma por el estudiante:

---

3. La fecha de la próxima o cuando aconsejó regresar a prescriptor: \_\_\_\_\_

4. El consentimiento para la auto-administración (siempre que la enfermera de la escuela determina que es seguro y apropiado).

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Firma de Prescriptor Licenciado**

---