



# River Trails School District 26

---

1900 E. Kensington Road  
Mt. Prospect, IL 60056

(847) 297-4120  
Fax: (847) 297-4124  
Website: [rtsd26.org](http://rtsd26.org)

## **HEALTH SERVICES MEDICATION POLICY**

Dear Parent/Guardian,

The policy of River Trails School District 26, in accordance with *Recommended Guidelines for Medication Administration in Schools* (Illinois Department of Human Services and the Illinois State Board of Education) is as follows:

- **Administration of medication to a student while at school is discouraged unless it is absolutely necessary for the student's academic participation.**
- **Medication (including all over-the-counter medication) to be administered at school must be prescribed by a licensed prescriber (i.e. physician, dentist, podiatrist).**
- **All medication must be in the original container and have an appropriate label.**
- **Medication will be administered under the supervision of the registered nurse.**
- **Long-term medication requires annual renewal orders.**

*A Medication/Treatment Order and Parental Request* must accompany the medication at school. These forms are available at each of the schools or online at [www.rtsd26.org](http://www.rtsd26.org).

With the exception of some asthma medication and epi-pens, students are not allowed to have any medications on their person within the school properties. Medication is kept in the school health office.

Please feel free to stop by and discuss the health needs of your child with the building nurse. Your input is always valued.

Very truly yours,  
River Trails School District Health Services



# River Trails School District 26

---

1900 E. Kensington Road  
Mt. Prospect, IL 60056

(847) 297-4120  
Fax: (847) 297-4124  
Website: [rtsd26.org](http://rtsd26.org)

## Medication/Treatment at School

### Request from Parent/Guardian

Student Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Room: \_\_\_\_\_

I give my permission to school personnel of River Trails School District 26 to administer the medication and/or treatment as ordered by our physician to my child,

\_\_\_\_\_  
Name

Parent/Guardian signature: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



# River Trails School District 26

1900 E. Kensington Road  
Mt. Prospect, IL 60056

(847) 297-4120  
Fax: (847) 297-4124  
Website: [rtsd26.org](http://rtsd26.org)

## Medication/Treatment at School

### Physician Order

Student Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

This child is under my care for \_\_\_\_\_ and is  
required to have the following medication/treatment during school hours.

Medication ordered: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Route: \_\_\_\_\_

Frequency: \_\_\_\_\_

Intended effect: \_\_\_\_\_

Possible side effects: \_\_\_\_\_

Other medications child is currently taking: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

I hereby certify that he/she has been instructed in the use and self-administration of the prescribed  
inhaler and he/she should carry the inhaler with him/her.

Physician signature: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



# River Trails School District 26

1900 E. Kensington Road  
Mt. Prospect, IL 60056

(847) 297-4120  
Fax: (847) 297-4124  
Website: [rtsd26.org](http://rtsd26.org)

## POLIZA DE MEDICAMENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

Estimado Padre/Guardián

La poliza del Distrito 26 Escolar de River Trails, basado a recomendación de la administración de medicamentos en las escuelas (Departamento de Servicios Humanos de Illinois y la Junta de Educación del Estado de Illinois) es lo siguiente:

- **Administración de medicamentos a un estudiante en la escuela no es aconsejable a menos que sea absolutamente necesario para la participación académicos del estudiante**
- **Medicamentos (incluyendo todos los medicamentos sin receta) que se administren en la escuela deben ser prescritos por un prescriptor con licencia (es decir, médico, dentista, podólogo).**
- **Todos los medicamentos deben estar en el envase original y tener una etiqueta adecuada.**
- **El medicamento será administrado bajo la supervisión de la enfermera registrada.**
- **La medicación a largo plazo requiere pedidos de renovación anual.**

*Una Orden de la Medicación y Tratamiento y Permiso Parental* deben acompañar el medicamento a la escuela. Estos formularios están disponibles en cada una de las escuelas o en sitio del web [www.rtsd26.org](http://www.rtsd26.org).

Con la excepción de algunos medicamentos contra el asma y epi-pens, los alumnos no pueden tener cualquier medicamento con ellos dentro de las propiedades de la escuela. Medicamento se mantiene en la oficina de salud de la escuela.

Siéntase libre de visitar la oficina de la enfermera para darle información la salud necesaria de su hijo/a. Toda información es valorado.

Atentamente,

Servicio de Salud del Distrito 26



# River Trails School District 26

1900 E. Kensington Road  
Mt. Prospect, IL 60056

(847) 297-4120  
Fax: (847) 297-4124  
Website: [rtsd26.org](http://rtsd26.org)

## Medicamentos/tratamientos en la escuela

### Solicitud de los padres/guardián

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_

Yo doy mi permiso al personal del distrito de las escuelas de River Trails 26 para que administre el medicamento/tratamiento recetado por el médico para mi hijo/a,

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño/niña

Firma del  
padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# River Trails School District 26

1900 E. Kensington Road  
Mt. Prospect, IL 60056

(847) 297-4120  
Fax: (847) 297-4124  
Website: rtsd26.org

## Medicamentos/tratamientos en la escuela

### Receta médica

Nombre del estudiante : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Este niño/a está bajo mi tratamiento para \_\_\_\_\_ y  
necesita el tratamiento del siguiente medicamento durante el horario de la escuela.

Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Forma de administración: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Efecto deseado: \_\_\_\_\_

Posibles complicaciones: \_\_\_\_\_

Que otros medicamentos el niño / la niña está tomando: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Yo certifico que el/ella ha sido instruido/da en el uso y administración del inhalador recetado.

Firma del medico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_