

AUTHORIZATION FOR ANY MEDICATION TAKEN DURING SCHOOL HOURS

This form must be renewed whenever the prescription changes and at the beginning of each school year.

Part 1: To be completed by Parent or Legal Guardian

Note: All medications must be prescribed, including over-the-counter medications. Medications must be in the original container and the label must include the child's name, name of the medication, dosage, method of administration, and name of California Physician or California Licensed Health Care Provider.

I request that designated school personnel assist my child in taking this prescribed medication (including prescribed over-the-counter medication). I understand that my child may not have nor take medication at school unless all requirements are met. **I understand that this medication will be administered by a non-licensed school personnel designated by the school principal and trained by the credentialed school nurse (RN).** I hereby give consent for a School Nurse or District Administrator to communicate with my child's California Physician or California Licensed Health Care Provider, and school personnel as needed with regard to this medication.

	M_F		Birthdate		SS#		ID#
Child's Name		Sex					
				Grade		Teacher	
					Room Number		

I have read and understand the 'Notice of Provisions' printed below. I will **immediately** notify the school if there are any changes in medications my child is taking at school.

		()	()	()
Date	Parent or Legal Guardian Signature	Home Phone	Work Phone	Emergency Phone

Please review the 'Notice of Provisions' California Education Code (CEC) Sections 49423, 49480 and California Administrative Code (CAC) Title 5, 18170, listed below.

California Education Code, Section 49423 – Administration of prescribed medication for pupil

Notwithstanding the provisions of Section 49422, any pupil who is required to take, during the regular school day, medication prescribed for him by a physician, may be assisted by the school nurse or other designated personnel if the school district receives:

1. A written statement from such physician detailing the method, amount, and time schedules by which such medication is to be taken, and
2. A written statement from the parent or guardian of the pupil indicating the desire that the school district assist the pupil in matters set forth in the physician's statement.

California Education Code, Section 49480 – Continuing medication regimen for nonepisodic condition; required notice to school employees

The parent or legal guardian of any public school pupil on a continuing medication regimen for a nonepisodic condition shall inform the school nurse or other designated certificated school employee of the medication being taken, the current dosage, and the name of the supervising physician. With the consent of the parent or legal guardian of the pupil, the school nurse may communicate with the physician and may counsel with the school personnel regarding the possible effects of the drug on the child's physical, intellectual, and social behavior, as well as possible behavioral signs and symptoms of adverse side effects, omission, or overdose. The superintendent of each school district shall be responsible for informing parents of all pupils of the requirements of this section.

California Administrative Code Title 5, 18170 – The agency shall follow these provisions pertaining to medication

1. An assigned staff member shall administer medications prescribed by a physician for a child provided written parental consent has been given.
2. Record of medication dosages to the child and date and time medication is administered shall be maintained by the facility.
3. Centrally stored medicines shall be kept in a safe and locked place that is not accessible to persons other than employees responsible for health supervision. Each container shall carry the name of the medication, the name of the person for whom prescribed, the name of the prescribing physician and the physician's instructions. All centrally stored medications shall be labeled and maintained in compliance with State and Federal laws. Each person's medication shall be stored in its originally received container.

No medications shall be transferred between containers. The agency shall be responsible for assuring that a record of centrally stored prescription medications for each person in care includes: the name of the person for whom prescribed, the drug name, strength and quantity, the date filled, the prescription number and name of issuing pharmacy.

4. All medications shall be centrally stored in an area which is totally inaccessible to children.

***Procedures under the Individualized Education Program (IEP) for special education students should not be addressed on this form.

Please request form for Specialized Physical Health Care Services pursuant to California Education Code Section 49423.5.

Part 2: To be completed by the Physician or Licensed Health Care Provider

This form must be renewed whenever the prescription changes and at the beginning of each school year.

The child named below is under my care. It is necessary for him or her to receive the following medication during school hours.

Name of Child _____ Birthdate _____

Diagnosis for which medication is prescribed _____

Name of medication (one medication per form) _____

Dosage (Be specific, i.e., milligrams, etc.) _____

Time of day to be given _____ Frequency if 'as needed' _____

If 'as needed' describe indications and sequence orders _____

Method of administration: ORAL Liquid Tablet Inhaler **DROPS** Eye- R L Ear - R L Nostril- R L
OTHER Topical or _____

Precautions, reactions, or side effects _____

For Severe Allergy: If the following symptoms occur (check appropriate):

choking hives skin rash swelling (eyes and lips) loss of voice breathing difficulty

loss of consciousness other _____

Use: (circle one) Epi-pen Jr., Epi-pen, or Ana-Kit as directed

Transport student to nearest emergency room

Storage and Handling Routine handling, medications in locked storage and administered by authorized school personnel

72 hour disaster supply only Refrigeration

If Medically Necessary Child to carry, school personnel to administer Child trained to carry and self-administer (medicate)

Additional special instructions/interventions _____

I understand that this medication will be administered by a non-licensed school personnel designated by the school principal and trained by the credentialed school nurse (RN).

California Physician or California Licensed Health Care Provider (Printed Name) _____ Date _____ Signature _____

Office Address _____ Office Phone _____ Office Fax _____

*****SCHOOL STAFF: Notify Health Services immediately if allergy or asthma is indicated under diagnosis.**

Reviewed and approved by Credentialed School Nurse (signature) : _____ Date: _____

AUTORIZACIÓN PARA MEDICACIONES TOMADOS DURANTE HORARIOS ESCOLARES

Este formulario deber ser renovado en cuanto una prescripción cambie y al principio de cada año escolar

Parte 1: Debe Ser Completado por un Padre o Guardián

Advertencia: Todos medicamentos deben ser prescritos, incluyendo medicamentos de venta libre. Medicamentos deben estar en el contenedor original y la etiqueta debe incluir el nombre del estudiante, nombre de la medicación, dosis, método de administración, y nombre del Médico de California o Proveedor Licenciado de Cuidado de la Salud de California.

Yo solicito que el personal de la escuela designada asista a mi hijo/a en tomar esta medicación prescrita (incluyendo medicamentos de venta libre). Entiendo que mi hijo/a no puede tener ni llevar medicamentos a la escuela sin que se cumplan los requisitos. **Entiendo que este medicamento será administrado por un personal de escuela que no tiene licencia quien esta designado por el director de la escuela y entrenado por la enfermera acreditada.** Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela o el Administrador del Distrito se comuniquen con el Medico de California o el Proveedor Licenciado de Cuidado de la Salud de California de mi hijo/a, y el personal de escuela según sea necesario al respecto a esta medicación.

Nombre del Estudiante	H_M Sexo	Fecha de Nacimiento	SS#	ID#
Nombre de la Escuela	Grado	Maestro/a	Numero de Salón	
Eh leído y entiendo la 'Notificación de Disposiciones' indicadas debajo. Inmediatamente notificare a la escuela de cualquier cambio en medicamentos que mi hijo/a toma en la escuela.				
Fecha	Firma del Padre/Guardián	() Teléfono de Casa	() Teléfono de Trabajo	() Teléfono de Emergencia

Favor de revisar la 'Notificación de Disposiciones' Código de Educación de California (CEC) Secciones 49423, 49480 y Código Administrativo de California (CAC) Título 5, 18170, enumerados a continuación.

Código de Educación de California, Sección 49423 – Administración de medicamentos prescritos para el estudiante

A pesar de las provisiones de la sección 49422, cualquier estudiante quien es requerido de tomar medicaciones prescritas por un médico durante horas escolares, puede ser asistido por la enfermera u otro personal designado si el distrito de la escuela recibe:

3. Declaración escrita por tal medico con detalles del método, cantidad, y horarios en que los medicamentos deben ser tomados, y
4. Declaración escrita por el padre/guardián del estudiante indicando el deseo que el distrito de la escuela ayude al estudiante en respecto a la declaración del médico.

Código de Educación de California, Sección 49480 – Continuación de régimen de medicamentos para condiciones que no son episódicos; Aviso requerido a todo personal de la escuela

El padre/guardián de cualquier estudiante de escuela pública que este en una continuación de régimen de medicamento para condiciones que no son episódicos informara a la enfermera de la escuela o al personal titulado de la escuela del medicamento, dosis actual, y nombre del médico supervisor. Con el consentimiento del padre/guardián del estudiante, la enfermera de la escuela se podrá comunicar con el médico, y puede aconsejar al personal de la escuela a respecto a los efectos posibles del medicamento con el fisico, intelecto, y comportamiento social, tanto como comportamientos que puedan ser signos y síntomas de efectos secundarios, omisión, o sobredosis. El superintendente de cada distrito de escuela será responsable de informar a los padres de todos los estudiantes de los requisitos de esta sección.

Código de Administración de California Título 5, 18170 – La agencia seguirá estas provisiones respecto a medicación

4. Un personal asignado administrara medicaciones prescritas por un médico a un estudiante siempre que el consentimiento escrito del padre sea entregado.
5. Registro de la dosis de medicación para el estudiante, fecha, y horarios que la medicación es administrada serán mantenidos por el sitio de la escuela.
6. Medicamentos que son almacenados centralmente serán guardados en un lugar seguro con llave sin acceso a personas que no sean empleados responsables de supervisión de salud. Cada contenedor tendrá el nombre de la medicación, nombre de la persona a quien esta prescrita, y nombre del médico quien lo prescrito con las instrucciones del médico. Todos medicamentos que son almacenados centralmente serán etiquetados y mantenidos en conformidad de las leyes del Estado y leyes Federales. Cada medicamento será guardado en el contenedor original en que fue recibido.

Ningún medicamento será transferido entre contenedores. La agencia será responsable de asegurarse que el registro de medicamentos almacenados centralmente incluye: el nombre de la persona a quien esta prescrita, nombre del medicamento, fuerza y cantidad, fecha en que se llenó, numero de la prescripción y nombre de la farmacia emisora.

4. Todos medicamentos serán almacenados centralmente en un lugar que no tendrá acceso a los niños.

*****Procedimientos debajo el Programa Individualizado de Educación (IEP) para estudiantes de educación especial no serán dirigidos en este formulario. Favor de solicitar un formulario para Servicios Especiales de Cuidado de Salud Física conforme al Código de Educación de California Sección 49423.5.**

Parte 2: Debe ser completado por el Medico o Proveedor Licenciado de Cuidado de Salud

Este formulario debe ser renovado en cuanto una prescripción cambie y al principio de cada año

El niño nombrado está bajo mi cuidado. Es necesario que reciba la siguiente medicación durante horarios escolares.

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

La diagnosis por cual la medicación esta prescrita _____

Nombre de la medicación (una medicación por formulario) _____

Dosis (sea específico, e.d., miligramos, etc.) _____

Hora del día en que se toma _____ Frecuencia si es 'según sea necesario' _____

Si es 'según sea necesario', describa las indicaciones y ordenes de secuencia _____

Método de administración: ORAL Líquido Píldora Inhalador GOTAS Ojo- D I Oreja - D I Fosa Nasal- D I
OTRO Tópical o _____

Avisos, reacciones, o efectos secundarios _____

Para alergias graves: Si los siguientes síntomas ocurren (marque los apropiados):

sofocar urticaria sarpullido hinchazón (ojos y labios) pérdida de voz dificultad de respiro

pérdida de conciencia otro _____

Usar: (circule uno) Epi-pen Jr., Epi-pen, o Ana-Kit como es indicado

Lleve al estudiante a la sala de emergencia más cercana.

Almacenamiento y Cuidado Cuidado rutinario, medicamentos guardados con llave y administrados por personal de escuela.
 Surtido para 72 horas de desastre solamente Refrigeración

Si Medicamento Necesario Estudiante de cargar el medicamento y ser administrado por personal de escuela
 Niño/a ha sido entrenado para cargar y administrar el medicamento

Instrucciones adicionales/intervenciones _____

Entiendo que esta medicación será administrada por un personal de escuela sin licencia quien esta designado por el Director de la escuela y entrenado por la enfermera acreditada de la escuela.

Médico o Proveedor Licenciado de Cuidado de Salud (Letra de Molde)

Fecha

Firma

Dirección de la Oficina

Teléfono de Oficina

Fax de Oficina

*****Personal de la escuela: Avise al Servicio de Salud inmediatamente si alergias o asma es indicado bajo el diagnosis.**

Revisado y aprobado por enfermera acreditada de la escuela (firma): _____ Fecha: _____