



Authorization for Medication Administration During School Hours

In compliance with Education Code Section 49423, no medication will be accepted or administered at school without meeting the following requirements. The procedure for administration of medication by **prescription** and/or **nonprescription/Over The Counter (OTC)** medication listed on this form will be expedited as follows:

1. Only medication prescribed by the student's physician as being necessary to be taken by the student in the manner listed on this form should be brought to school. **Form must be complete and include required parent and prescribing physician signatures.**
2. Medication brought to the school to be administered to the student according to the provisions listed on this form shall be in its **original prescription container** or for nonprescription/OTC medication, in its **original manufacturers container**, clearly marked with the student's name, the prescribing physician, and the medication order: medication name, route, dosage, time/frequency, and pharmacy. (Parent may want to ask physician for a prescription for a duplicate supply; one for home and one for school).
3. **All medications will be kept in a secure place in the school office.** Any special instructions for storage or security measures of any medication should be written by the prescribing physician and delivered to the school office, so that such instructions can be followed.
4. **Parent/Guardian or adult student (18 years or older)** shall deliver the medication and the completed form to the school office. **DO NOT SEND MEDICATION TO SCHOOL WITH THE STUDENT.**
5. **Parent/Guardian or adult student (18 years or older)** shall pick up remaining medication during the last week of school. The school site is not responsible for medication left in the office during the summer.

If continuance of medication is necessary,
a new Authorization for Medication Administration During School Hours form
must be completed for each school year, at the beginning of the year.

Section §49423 of the California Education Code allows students to take medications prescribed by a physician during the school day, to be assisted by designated school personnel with the medication, or to carry and self-administer **certain** medication when authorized in writing by the student's parent/guardian AND physician.

STUDENT INFORMATION

Student Name: _____ Male Female Date of Birth: _____
 Current Address: _____ Current School: _____ Grade: _____

Parent / Guardian Authorization PLEASE SEE PAGE 1 FOR PRESCRIBED AND NON-PRESCRIBED MEDICATION REQUIREMENTS

In accordance with Education Code §49423 Sections (a), (b, 1, 2 &3) and (c) EC §49423.1 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and (c) and EC §49407, I, the undersigned parent / guardian of the above named minor student hereby authorize:

_____ School nurse or designated school personnel to **assist** my child with medication administration, monitoring, and testing
 Initials according to the physician's instructions and approval below.

_____ My child to **carry and self administer:** an auto injector epinephrine pen, an asthma inhaler, or insulin and blood
 Initials sugar monitoring/supplies according to the physicians instructions and approval below.

In accordance with California Education Code §49407, I hereby RELEASE, DISCHARGE, and HOLD HARMLESS the Manteca Unified School District, officers, employees and agents from all liability, including injury, death, adverse reactions, or other damages which may arise from the self administration or assisting with administration of medication according to the authorization and instructions of the undersigned parent/guardian and physician described herein.

I agree to provide the medications indicated below in original prescription containers, or original manufacturers containers, which are labeled with the name of the child, the prescribing physician, the medication, and dosage instructions. I further authorize the school nurse or designated school personnel to consult with the prescribing physician should any questions arise with regard to the medication (California Education Code §49480). **I understand that continuous medication requires annual authorization to the school's office, at the beginning of each year.**

_____ Print Parent / Guardian Name _____ Parent / Guardian Signature

_____ Current Address _____ Cell Phone _____ Work Phone

Physician Authorization THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PRESCRIBING PHYSICIAN ONLY

Physical Condition for which medication(s) are being taken: _____

Name of Medication	Dosage	Frequency	Route	Time of Day
#1: _____	_____	_____	_____	_____
#2: _____	_____	_____	_____	_____
#3: _____	_____	_____	_____	_____

Instructions for care of student after medication administration, i.e., rest, home, hospital, doctor's office, return to class : _____

Possible reactions after administration of medication that need to be reported to the physician: _____

Storage and other precautions: _____

Start Date: Immediate / Other Date: _____ **Stop Date:** End of Year / Other Date: _____

_____ I authorize my patient to **carry and self administer:** an auto injector epinephrine pen an asthma inhaler and/or
 Initial insulin and blood sugar monitoring/supplies according to my instructions and approval here stated. **I confirm that I have instructed the student in the procedures, dosages, and time schedule by which the medication is to be taken and the student is COMPETENT in self-administering the medication.** [Education Code §49423 sections (a), (b, 1,2 & 3) and (c) EC §49423.1 Sections (a), (b, 1, 2 &3) and (c)]

_____ Print Name of Physician _____ Physician's Address _____ Telephone Number

_____ Physician's Signature _____ Date _____ Fax Number

School Nurse Signature: _____ Date: _____

Site Principal Signature: _____ Date: _____



Autorización para Administrar Medicamentos Durante el Horario Escolar

De conformidad con la Sección 49423 del Código de Educación, no se aceptarán ni se administrarán medicamentos en la escuela si no se cumple con los siguientes requisitos. El procedimiento para administrar medicamentos por **prescripción y/o no recetados de venta en el mostrador (OTC)** que se detallan en este formulario serán facilitados de la siguiente manera:

- 1.** Solamente los medicamentos recetados por el médico del alumno y que necesitan ser tomados de la manera indicada en este formulario deben ser traídos a la escuela. **Se deberá llenar el formulario e incluir las firmas de los padres y el médico que lo recetó.**
- 2.** El medicamento que sea traído a la escuela para que se le administre al estudiante de acuerdo con las disposiciones enumeradas en este formulario, deberá estar en su **envase original recetado** o para medicamentos no recetados del mostrador (OTC), en su **envase original del fabricante**, claramente marcado con el nombre del estudiante, médico que lo recetó y la orden del medicamento: nombre del medicamento, itinerario, dosis, hora/frecuencia, y farmacia. (Los padres pueden solicitar a su médico una receta para duplicar el suministro/medicina y tener uno en casa y otro en la oficina.)
- 3. Todos los medicamentos se guardarán en un lugar seguro en la oficina de la escuela.** Cualquier instrucción especial para tomar medidas de seguridad o almacenar el medicamento debe ser escrito por el médico y llevarlo a la oficina de la escuela, para que se puedan seguir esas instrucciones.
- 4. El Padre/Tutor o estudiante adulto (18 años o mayor)** deberá entregar el medicamento y el formulario completo en la oficina de la escuela. **NO ENVIE MEDICAMENTOS A LA ESCUELA CON EL ESTUDIANTE.**
- 5. El Padre/Tutor o estudiante adulto (18 años o mayor)** deberá recoger el medicamento restante durante la última semana de clases. El plantel escolar no es responsable de los medicamentos que se dejan en la oficina durante el verano.

Si se va a continuar con el medicamento, es necesario llenar un formulario de una nueva Autorización para Administrar Medicamentos Durante Horario Escolar.

Se deberá llenar un formulario para cada año escolar, al principio del año.

La Sección §49423 del Código de Educación de California permite a los estudiantes tomar medicamentos recetados por un médico durante el día escolar, ser asistidos con el medicamento por personal escolar designado, o **ciertos** medicamentos pueden llevarlos con ellos y auto administrarlo cuando el padre/tutor o medico del estudiante lo autoriza por escrito.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____
Dirección Actual: _____ Escuela Actual: _____ Grado: _____

Autorización de Padre/Tutor CONSULTE LA PÁGINA 1 PARA VER LOS REQUISITOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y NO RECETADOS

De acuerdo con el Código de Educación §49423 Secciones (a), (b, 1, 2 &3) y (c) EC §49423.1 Secciones (a), (b, 1, 2 & 3) y (c) y EC §49407, Yo, padre/tutor del estudiante menor arriba mencionado, firmante en la parte de abajo, por este medio, autorizo:

_____ A la enfermera de la escuela o personal escolar designado para **asistir** a mi hijo(a) con la administración, monitoreo y prueba de sus medicamentos de acuerdo con las instrucciones y aprobación del médico abajo indicadas.

_____ Mi hijo(a) **puede llevar con él/ella y auto administrarse:** un inyector de epinefrina con inyector automático, un inhalador para el asma o insulina y monitoreo de azúcar en la sangre/suministros de acuerdo a las instrucciones y aprobación del médico abajo indicadas.

De acuerdo con el Código de Educación de California §49407, Yo por este medio LIBERO, DESCARGO, y EXENTO DE RESPONSABILIDAD al Distrito Escolar Unificado de Manteca, oficiales, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo lesiones, muerte, reacciones adversas u otros daños que puedan surgir de la auto administración o con la asistencia a la administración del medicamento de acuerdo con la autorización y las instrucciones del padre/tutor que firma y el médico la cuales se describen en el presente documento.

Estoy de acuerdo en proporcionar los medicamentos que se indican a continuación en los recipientes de la receta original, o en los envase original del fabricante original, los cuales están etiquetados con el nombre del niño, medico que recetó, medicamento e instrucciones de dosificación. Además, autorizo a la enfermera de la escuela o personal escolar designado a consultar con el médico que recetó si es que surgen preguntas en relación al medicamento (Código de Educación de California §49480). **Entiendo que el medicamento continuo, requerirá una autorización anual en la oficina de la escuela, al principio de cada año escolar.**

Nombre del Padre / Nombre del Tutor Firma Del Padre/Tutor

Autorización del Médico ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR EL MEDICO QUE RECETÓ

Dirección Actual Número de Celular Teléfono del Trabajo

Condición Física por lo cual se está tomando el medicamento(s): _____

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Ruta	Hora del Día
#1: _____	_____	_____	_____	_____
#2: _____	_____	_____	_____	_____
#3: _____	_____	_____	_____	_____

Indicaciones para el cuidado del estudiante después de haber administrado el medicamento, por ejemplo, descansar, a casa, hospital, oficina del médico, regresar a clase:

Posibles reacciones de medicamentos después de haber sido administrados, que deben ser informados al médico:

Firma de la Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____
Firma de la Directora del Plantel: _____ Fecha: _____