



AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION

The California Education Code provides for any pupil who is required to take, during the regular school day, medication prescribed for her/him by a physician provided the school district received:

1. A written statement from the physician detailing the method, amount, and time schedule the medication is to be taken.
2. A written statement from the parent/guardian of the pupil indicating the desire that the school district assist the pupil in the matter set forth in the physician's statement.
3. Medication must be in **appropriately labeled** prescription container.

CHILD'S NAME: _____

SCHOOL: _____ DATE: _____

I have prescribed the following medication for the above-named child:

Medication: _____

Dosage: _____

Time: _____

The school should be aware of the following side effects: _____

Signature of Physician

Date

Printed Name of Physician

Telephone Number

I hereby give permission for the designated school personnel to administer the above medication to my child.

Signature of Parent/Guardian

Date

PLEASE NOTE: It is the parents'/guardians' responsibility to see that this form is updated on a yearly basis or more often as needed should a child's medication/treatment change. It is the parents'/guardians' responsibility to pick-up medication at the end of the school year.



AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICINA

El Departamento de Educación de California permite que aquellos estudiantes que necesiten tomar, durante el curso del día escolar, medicinas recetadas por un médico puedan hacerlo a condición de haber recibido el Distrito Escolar las siguientes:

1. Una nota formal escrita por el médico, explicando el método, cantidad y horario en que se debe administrar la medicina.
2. Una nota de los padres/tutores dando su consentimiento al distrito escolar para ayudar a los estudiantes de acuerdo con lo escrito por el médico.
3. Cualquier medicina tiene que estar apropiadamente identificada y en un frasco boticario.

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____ Fecha: _____

He recetado la siguiente medicina para el estudiante nombrado arriba:

Medicina _____

Dosis _____

Horario _____

La Escuela debe de poner atención a los siguientes efectos secundarios _____

Firma del Médico

Fecha

Nombre del Médico

Numero de telefono

A través de ésta doy/damos permiso al personal escolar designado para administrar la medicina mencionada a mi hijo/a.

Firma de Padre/Madre/Guardián

Fecha

Po favor tome nota: Es la responsabilidad de los padres/guardianes de repasar el formulario medico cada año y de dejar saber a la escuela si hay algún cambio médico o tratamiento. Es la responsabilidad de los padre/guardianes de recoger el medicamento al final del año escolar