



**PARENT CONSENT AND HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION
 FOR MANAGEMENT OF MEDICATIONS AT SCHOOL AND SCHOOL SPONSORED EVENTS**

Student _____ Birthdate _____ School _____		
HEALTHCARE PROVIDER: Please check all of the boxes that apply.		
FOR DIAGNOSIS OF ASTHMA/ALLERGIES ONLY Medication: _____ Spacer Required <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Administration times (fill in times for only those that apply): <input type="checkbox"/> Daily at _____ <input type="checkbox"/> PRN for s/s Asthma/Allergy episode <input type="checkbox"/> Other _____ Medication administered via: <input type="checkbox"/> Inhaler <input type="checkbox"/> Nebulizer <input type="checkbox"/> Other _____ Medication Dose: <input type="checkbox"/> 2 puffs every 4 hours <input type="checkbox"/> Other _____	FOR ALL OTHER CONDITIONS Medication: _____ Diagnosis for which medication is prescribed: Dosage (Be specific, i.e. milligrams, etc.) Time of day to be given Frequency if "as needed" Method of Administration: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Liquid <input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Drops – Eye R / L <input type="checkbox"/> Drops – Ear R / L <input type="checkbox"/> Drops – Nostril R / L Precautions, reactions, or side effects: _____	
MEDICATION STORAGE AND HANDLING <input type="checkbox"/> Routine handling, medications in locked storage and administered by authorized school personnel <input type="checkbox"/> Refrigeration If medically necessary: <input type="checkbox"/> Child trained to carry, school personnel to administer <input type="checkbox"/> Child trained to carry and self-administer (medicate)	For Allergic Reaction: If the following symptoms occur: <input type="checkbox"/> Choking <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Skin Rash <input type="checkbox"/> Swelling (eyes/lips) <input type="checkbox"/> Loss of consciousness <input type="checkbox"/> Other: _____ Administer <input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Transport student to nearest emergency room	
Additional Orders: _____		
AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION My signature below provides authorization for the above written orders. I understand that administration of medication to students will be implemented in accordance with state law governing school health services. I understand that administration of medication to students may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the school nurse. If changes are indicated, I will provide new written authorization (may be faxed). <input type="checkbox"/> I have instructed _____ in the proper way to use his/her medication. It is my professional opinion that he/she can carry and use an inhaler and/or Epi-pen by him/herself.		
_____ Authorized Health Care Provider Signature		_____ Date
Please Stamp Physician Name and Address Here		
Phone Number _____ FAX _____		
CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA Y EN EVENTOS PATROCINADOS POR LA ESCUELA Yo, el padre o tutor del estudiante mencionado, y que firmo abajo, pido que el medicamento antes mencionado, le sea administrado a mi hijo en la escuela, de acuerdo a las leyes del estado y a las regulaciones. Yo: 1. Llevaré las cosas y el equipo necesarios. 2. Le notificaré a la enfermera de la escuela si hay cambios en el estado de salud de mi hijo o si cambia de doctor. 3. Inmediatamente le notificaré a la enfermera y daré un nuevo consentimiento si hay cambios en las órdenes que indique el doctor. Yo le autorizo a la enfermera de la escuela para que se comuniquen con el doctor cuando sea necesario.		
_____ Firma del padre o tutor	_____ Nombre con letra de molde	_____ Fecha
Autoadministración		
Yo le doy permiso a mi hijo para que lleve consigo y se autoadministre su inhalador o Epi-pen. Yo estoy de acuerdo en que el distrito y sus oficiales no son responsables, ni tampoco sus agentes, empleados o voluntarios; no son responsables en caso de que surjan demandas, causas de acciones, responsabilidades, daños, gastos, o pérdidas de cualquier tipo, incluyendo daños físicos o muerte, debido a que se omite el uso o administración del medicamento.		
_____ Firma del padre o tutor	_____ Nombre con letra de molde	_____ Fecha

Please return form to the school office, Fax to the school office:

Nota: Todos los medicamentos deben ser recetados, incluyendo la medicina que se adquiere sin receta. Los medicamentos deben estar en su envase original y la etiqueta debe incluir el nombre del niño, el nombre de la medicina, la dosis, el método de administrarla, el nombre del doctor, o de la Agencia del Cuidado de la Salud con las Acreditaciones necesarias. UN PADRE O ADULTO DEBE TRAER EL MEDICAMENTO A LA ESCUELA. Nota: Todos los medicamentos deben ser recetados, incluyendo la medicina que se adquiere sin receta. Los medicamentos deben estar en su envase original y la etiqueta debe incluir el nombre del niño, el nombre de la medicina, la dosis, el método de administrarla, el nombre del doctor, o de la Agencia del Cuidado de la Salud con las Acreditaciones necesarias. **UN PADRE O ADULTO DEBE TRAER EL MEDICAMENTO A LA ESCUELA.**

AVISO DE ESTIPULACIONES Las Referencias Legales que Gobiernan la Administración de Medicamentos en las Escuelas Conforme con las Secciones de los Códigos Educativos de California 49423, 49423.5, 49480 y los Códigos Administrativos de California, Título 5, 18170

Código Educativo de California, Sección 49423

Administración de Medicamentos Recetados para los Estudiantes

A pesar de las estipulaciones de la Sección 19122, cualquier estudiante que necesite tomar medicamentos recetados durante el horario escolar, recetados por un doctor para el estudiante, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela o por el personal designado, siempre y cuando el distrito reciba: 1) Una nota escrita por el doctor que ha indicado el método, la cantidad, y las horas a las que el medicamento deba ser tomado. 2) Y una nota escrita por los padres o tutores del estudiante, indicando el deseo de que el distrito escolar ayude a su hijo en los asuntos médicos, indicado del mismo modo por el doctor.

Código Educativo de California, Sección 9423.5

Los servicios especializados para el cuidado de la salud física

a) A pesar de las estipulaciones de la Sección 49422, cualquier individuo con necesidades excepcionales, que necesite servicios físicos especializados durante un horario escolar regular, puede recibir ayuda de los siguientes individuos:

- 1) Personas calificadas que posean las acreditaciones apropiadas, extendidas conforme a la sección 44267, o que tengan un certificado válido de enfermería en salubridad pública, extendida por el Departamento de Servicios de Salubridad del Estado.
- 2) O por personal calificado y designado de la escuela, que esté capacitado en el cuidado físico, especializado de la salud, siempre y cuando ejerzan tales servicios bajo la supervisión de la enfermera de la escuela, una enfermera pública, o por un doctor acreditado o un cirujano.

b) Los servicios de salud especializados u otros servicios que requieran de mediana capacitación, deberían ser provistos conforme a los procedimientos indicados en la Sección 49423.

c) Las personas que ofrezcan servicios especializados y físicos para la salud, deberían además demostrar la capacidad de realizar resucitación cardiopulmonar y deberían de estar al tanto de los recursos médicos de emergencia disponibles en la comunidad, en la cual estos servicios se lleven a cabo.

d) "Los servicios especializados y físicos para la salud" como se emplea en la sección, incluyen sondas, alimentación por tubos, succión de líquidos, u otros servicios que requieran de cierta capacitación médica.

e) Las regulaciones necesarias para poner en práctica las estipulaciones de esta sección, deberían de ser desarrollados conjuntamente por el Departamento de Servicios de Salubridad del Estado.

Código Educativo de California, Sección 49480

El regimen de medicamento continuo por condiciones no episódicas; es requerido un aviso para los empleados de la escuela

El padre o tutor de cualquier estudiante en una escuela pública, con un regimen de medicamento continuo por condiciones no episódicas, debe informarle a la enfermera de la escuela, a otro empleado certificado de la escuela, de los medicamentos que el estudiante esté tomando, la dosis actual, y el nombre del doctor que lo supervisa. Con el consentimiento del padre o tutor, la enfermera de la escuela puede comunicarse con el doctor para así aconsejar al personal de la escuela de cualquier posible efecto que el medicamento pueda surtir en el físico, el intelecto, y el comportamiento social del estudiante; también le puede informar de posibles señales del comportamiento y de efectos secundarios adversos, de la omisión de dosis, o de sobredosis. El superintendente de cada distrito debe ser responsable de informarles a los padres de todos los estudiantes acerca de los requisitos de esta sección.

Título 5, 18170, del Código Administrativo de California

La agencia debe seguir estas estipulaciones referentes a los medicamentos

- 1) Un miembro asignado del personal debe administrar los medicamentos recetados por un doctor para un niño, siempre y cuando tenga el consentimiento de los padres por escrito.
- 2) La escuela debe de tener un registro de la dosis del medicamento que debe tomar el niño, así como la fecha y la hora del medicamento que está siendo administrado.
- 3) La medicina debe guardarse en un lugar seguro y con llave, un lugar central de almacenamiento; a este lugar no deben de tener acceso otras personas que no sean los empleados responsables de supervisar la salud del niño. Cada envase debe tener el nombre del medicamento, el nombre de la persona para quien ha sido recetado, el nombre del doctor que lo receta, y las instrucciones dadas por dicho médico. Todos los medicamentos en el almacenamiento central, tendrán que estar etiquetados y almacenados de acuerdo a las leyes Federales del Estados. La medicina debe estar guardada en el envase original en el que fue recibida. **NINGUN MEDICAMENTO DEBE CAMBIARSE DE UN ENVASE A OTRO.** La agencia debe ser responsable de asegurarse de que el registro de la persona que toma los medicamentos (guardados en un lugar central), contenga lo siguiente: El nombre de la persona a quien se le recetó, el nombre del medicamento, la potencia y la cantidad del medicamento, la fecha en que se surtió, el número de receta, y el nombre de la farmacia que surtió el medicamento.
- 4) Todos los medicamentos deben guardarse en un lugar central, en donde los niños no tengan acceso.

GUUSD 20170817

Please return form to the school office, Fax to the school office:

Mary Buren Fax: (805) 343-2512

Kermit McKenzie: (805) 343-6931