

**PERMISSION AND INSTRUCTIONS TO ADMINISTER MEDICATION
During School Hours and School-Sponsored Activities**

Dear Parent/Guardian:

Before medication can be administered by school personnel, it is necessary to have specific written orders from your physician and written authorization from you. The school **MUST** be notified of any changes of medication administered at school. In addition, we ask that you notify us of any changes in the medication administered at home that might affect your child's behavior at school. **Medication must be in Original Pharmacy Labeled container with the student's name clearly visible.** Permission must be renewed each school year. Over-the-counter medication will be given only if prescribed by a physician or dentist and in the original container. This Permission to Administer Medication form will also cover any district sponsored overnight field trip that exceeds the hours in a regular school day (California Education Code Section 49423).

Name of Student: _____ Address: _____

Birthdate: _____ School: _____ Program (if applicable): _____

To be completed by Physician

The above-named student is currently under my care and receiving medication(s) for the following condition(s):
(It is necessary for the student to take this medication during school hours (and/or during school activities.)

MEDICATION TO BE ADMINISTERED AT SCHOOL DURING SCHOOL HOURS and/or during school activities:

MEDICATION: _____ TIME: _____

DOSE (Total dose-please give in mg. or ml.) _____ ROUTE: _____

OBSERVABLE ADVERSE REACTIONS THAT MIGHT BE SEEN:

MEDICATION WILL CONTINUE FOR: DAYS MONTHS UNTIL: _____

The school reserves the right to contact the doctor regarding clarification if you are not available.

NOTE TO PARENT: It is your responsibility to provide the required medication(s) in original and individually prescription labeled container(s). Renewal is required for prescription changes and at the beginning of each school year.

AUTHORIZING SIGNATURES: PERMISSION TO ADMINISTER THE ABOVE MEDICATION(S) IS HEREBY GIVEN TO SCHOOL PERSONNEL AT: _____ School

Physician Signature: _____ Phone: _____ Date: _____

Physician Name (Please print): _____ Phone: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Phone: _____ Date: _____

Students attending Santa Clara County Programs: Please see Site School Nurse for Specific Instructions.

AUTORIZACION E INSTRUCCIONES PARA ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO
Durante el Horario Escolar y Actividades Patrocinadas por la Escuela

Estimados Padres o Tutores:

Antes de que un medicamento pueda ser administrado por el personal escolar, es necesario tener órdenes específicas escritas del médico, y una autorización escrita por usted. La escuela DEBE ser notificada de cualquier cambio en los medicamentos que se administran en la escuela. Además, le pedimos que usted nos notifique de cualquier cambio en el medicamento que se administra en casa, el cual puede afectar el comportamiento de su hijo en la escuela. **La medicina debe estar en el envase Original con la Etiqueta de la Farmacia, y con el nombre del estudiante visible y claro.** Las autorizaciones deben ser renovadas cada año escolar. La medicina sin receta médica (como Aspirina, Tylenol, etc), será administrada únicamente si es recetada por un médico o dentista; y deberá estar en su envase original. Esta Autorización para Administrar un Medicamento, también cubre cualquier paseo escolar nocturno patrocinado por el distrito, que exceda de las horas de un día escolar regular (Sección 49423 del Código de Educación de California).

Nombre del Estudiante: _____ Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Programa (si es aplicable): _____

Para ser llenado por el Médico

El estudiante arriba mencionado, está actualmente bajo mi cuidado y está recibiendo medicamento (s), por la siguiente condición (es):
(Es necesario que el estudiante tome este medicamento durante el horario escolar (y/o durante las actividades escolares).

MEDICAMENTO A SER ADMINISTRADO EN LA ESCUELA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR y/o durante las actividades escolares:

MEDICAMENTO: _____ HORA: _____

DOSIS (Dosis total, favor de darla en mg. o en ml.) _____ VIA: _____

REACCIONES ADVERSAS VISIBLES QUE PUDIERAN PRESENTARSE:

EL MEDICAMENTO CONTINUARA POR: DIAS MESES FINALIZANDO _____

La escuela se reservará el derecho de comunicarse con el médico para alguna aclaración, si usted no está disponible.

NOTE PARA EL PADRE: Es su responsabilidad, proporcionar los medicamentos requeridos en el envase original etiquetados con la receta individual.

FIRMAS AUTORIZADAS: POR LA PRESENTE, SE DA AUTORIZACION AL PERSONAL ESCOLAR PARA ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS ARRIBA MENCIONADOS EN LA ESCUELA: _____

Firma del Médico: _____ Teléfono: _____ Date: _____

Nombre del Médico (Favor de escribir): _____ Teléfono: _____ Date: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____ Date: _____
(Durante el día)

Los estudiantes asistiendo a los Programas del Condado de Santa Clara: Favor de ver a la Enfermera del Plantel Escolar para Instrucciones Específicas.