



NEWARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT

5715 Musick Avenue
Newark, California 94560
(510) 818-4146 FAX (510) 793-4101

Authorization For Medication Taken During School Hours

Valid only for the current school year or as designated in the Individualized Education Program (IEP) or in the 504 Plan.

To: Parent or Guardian and Attending Physician

School Year _____

The California Education Code, Section 49423, provides that a student may be assisted with the administration of medication by the school nurse or other designated school personnel if the school receives: (1) a written statement from the student's physician detailing the method, amount, and time schedules by which such medication should be taken; and (2) a written statement from the student's parent or guardian stating his or her desire that the school district assist in the matters set forth in the physician's statement. Education Code 49423 does not require the school district to assist students in the administration of medication.

All medication must be prescribed including "over-the-counter" medications. The school supply of medication must be in an original pharmacy-labeled container. Medications under jurisdiction of the Federal Controlled Substance Act must be brought to the school by an adult. The label shall contain: name and telephone number of the pharmacy, student name, physician name, dosage, and time and frequency of administration. Over-the-counter medications must be in the original manufactured container. When the school supply of the medication is depleted, additional medication must be brought to school in a new container, labeled as described above, with the most current prescription. All medications brought to school must be kept in a locked storage area.

PART 1: To be completed by Parent or Legal Guardian

Student Name	M/F	Birthdate	Medical Record #
School	Grade	Teacher/Room Number	

List all medications routinely taken outside of school hours _____

I hereby request that the school assist me with the administration of medication to my child during school hours and I give my consent to the school and doctor to exchange any information concerning my child. I will immediately notify the school if there are any changes in medications my child is taking at school and provide the necessary documentation for any changes.

_____ x _____
 Date Signature Parent or Legal Guardian Home Telephone Work Telephone Cellphone

PART 2: To be completed by a CA Licensed Health Care Provider

It is necessary for the child named above to receive the following prescribed medication during school hours.

Diagnosis/es for which medication is prescribed _____

Name of Medication (one medication per form) _____

1 year

Dosage (Be Specific, i.e., milligrams, etc.) _____ Duration short-term _____
Date medication to be discontinued or # of days to be given _____

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 or side effects _____

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

72 hour disaster supply only

It is **Medical Necessity for child to carry** prescription for asthma, anaphylactic shock or diabetes, and indicate:

Designated school personnel to administer

Child trained to self-administer. Child trained of proper use.

Additional special instructions _____

_____ x _____
 Date Signature of Physician Please print name

Office Address Office Telephone Office FAX



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE NEWARK

5715 Musick Avenue
Newark, California 94560
(510) 818-4146 FAX (510) 793-4101

Autorización Para Administrar Medicamento Tomadas Durante el Horario Escolar

Valida únicamente por el presente año escolar o como sea designado por el Programa Educativo Individualizado (IEP) o por el Plan 504.

Estimados padres de familia y Médicos:

Año Escolar _____

El Código Educacional de California, Sección 49423, provee que en estudiante puede ser asistido en la administración de medicamento por una enfermera de la escuela u otra persona de la escuela se la escuela recibe (1) una declaración del doctor del estudiante detallando el método, cantidad y horario para cuando se debe tomar el medicamento y (2) una declaración de los padres o guardianes declarando que desean que el distrito y la escuela ayuden en el asunto escrito por el doctor. El Código de Educación 49423 no requiere que la escuela del distrito ayude a los estudiantes en la administración del medicamento.

Todos los medicamentos deben de ser recetados incluyendo los medicamentos "de mostrador". El medicamento traído a la escuela debe estar en el empaque original de la farmacia. Medicación bajo la jurisdicción del Acto Federal de Sustancias Controladas deben de ser traídas a la escuela por un adulto. La etiqueta debe contener: el nombre y teléfono de la farmacia, nombre del niño(a), nombre del doctor, la dosis y tiempo y frecuencia de administración. El medicamento de mostrador debe de estar en el empaque original de fábrica. Cuando se termine el abastecimiento, se debe traer medicina adicional en un nuevo envase con la etiqueta describiendo la información detallada arriba, con la prescripción más reciente. Todos los medicamentos traídos a la escuela son guardados en un área encerrada.

PARTE 1: Para ser terminado por los Padres o Guardián Legal

Nombre del estudiante	M/F	Fecha de nacimiento	# de Registro Medico
Escuela	Grado	Número de Salón/Maestro	

Lista de los medicamentos tomados de rutinariamente fuera del horario escolar: _____

Yo pido que la escuela me asista con la administración del medicamento para mi hijo(a) durante el horario escolar y doy mi consentimiento a la escuela y doctor para intercambiar cualquier información concierne a mi hijo(a). Notificaré inmediatamente a la escuela si algún cambio ocurriera en los medicamento que mi niño está tomando en la escuela y proveeré la documentación necesaria para cualquier cambio.

Fecha	Firma del padre/guardián legal	Teléfono en el Hogar	Teléfono en el Trabajo	Celular
-------	--------------------------------	----------------------	------------------------	---------

PARTE 2: Para ser terminado por un Proveedor de Salud con Licencia de CA

Es necesario para el niño mencionado arriba el recibir el siguiente medicamento prescrito durante el horario escolar.

Diagnostico/s para cualquier medicamento recetado _____

Nombre del Medicamento (*una forma por medicamento*) _____

Dosis (Ser específico, eje., miligramos, etc.) _____ Duración: 1 año Corto Tiempo:

_____ Día que el medicamento debe descontinuarse # de días a administrar

Hora del día para ser administrado _____ Frecuencia 'en caso de ser necesario': _____

De ser necesario describir indicaciones y órdenes de secuencias: _____

Método de Administración **ORAL** Líquido Pastilla Inhalador **GOTAS** Ojo **Der Izq** Oído **Der Izq** Nostrol **Der Izq**
OTRO Tópico o _____

Precauciones o efectos secundarios _____

Manejo y forma de almacenamiento Manejo der rutinario, medicamento en el almacén cerrado y administrado por el personal escolar autorizado
 Únicamente suministro para 72 horas en caso de emergencias
 Es una Necesidad Media para el niño el tener consigo el medicamento para el asma, choque anafiláctico o diabetes e indique:
 Personal escolar designado para administrar El niño está entrenado para auto-administrarlo. El niño está entrenado para el uso apropiado.

Instrucciones especiales _____

Fecha	Firma del Medico	Nombre del Medio
Domicilio de su Oficina	Teléfono de la Oficina	Fax de Oficina