



**AUTHORIZATION FOR ADMINISTERING MEDICATION AT SCHOOL**

California Ed. Code 49423 allows the school nurse or other designated school personnel to assist students who are required to take medication during the school day, provided that the school receives a written statement from the child's physician and a written request from the parent. Medication must be in a pharmacy labeled prescription container.

My signature on this form indicates that I agree that medication(s) can be administered by unlicensed assistive personnel when trained by the Credentialed School Nurse.

Child's name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

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

<b>Medication #1:</b>	Dose:	Route:
Time given at school:	Taken with food?	
Precautions/side effects:		
<b>Medication #2:</b>	Dose:	Route:
Time given at school:	Taken with food?	
Precautions/side effects:		
<b>PLEASE INDICATE IF A CHILD IS ALLOWED TO CARRY AND SELF ADMINISTER          EMERGENCY MEDICATION (E.G., INHALER, ETC)      <input type="checkbox"/> YES                      <input type="checkbox"/> NO</b>		

Educational observations of students on medication will be made when necessary. If you desire to receive these reports, please contact the school.

Physician's printed name: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_

Physician signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Physician's NPI # \_\_\_\_\_

<p>I hereby give permission for the designated school personnel to administer the above medication(s) to my child, including unlicensed personnel if trained by a Credentialed School Nurse.</p> <p>Signature of parent/guardian/adult student: _____</p> <p>Date: ____ / ____ / ____</p>
---



**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

Edición de California. El Código 49423 permite que la enfermera escolar u otro personal escolar designado ayude a los estudiantes que deben tomar medicamentos durante el día escolar, siempre que la escuela reciba una declaración por escrito del médico del niño y una solicitud por escrito de los padres. El medicamento debe estar en un envase de prescripción etiquetado por la farmacia.

Mi firma en este formulario indica que acepto que los medicamentos pueden ser administrados por personal de asistencia sin licencia cuando esté capacitado por la enfermera escolar acreditada.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

He recetado los siguientes medicamentos para el estudiante mencionado anteriormente:

<b>Medicamento #1:</b>	Dosis:	Ruta:
Hora de Administración:	¿Se toma con comida?	
Precauciones/Efectos Secundarios:		
<b>Medicamento #2:</b>	Dosis:	Ruta:
Hora de Administración:	¿Se toma con comida?	
Precauciones/Efectos Secundarios:		
<b>POR FAVOR INDIQUE SI EL ESTUDIANTE ESTÁ AUTORIZADO CARGAR Y ADMINISTRARSE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (P. EJEMPLO, INHALADOR, ETC)</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		

Se harán observaciones educativas de los estudiantes sobre la medicación cuando sea necesario. Si desea recibir estos informes, comuníquese con la escuela.

Nombre del médico en letra: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de NPI del médico \_\_\_\_\_

Por la presente doy permiso para que el personal escolar designado administre los medicamentos anteriores a mi hijo, incluido el personal sin licencia si está capacitado por una enfermera escolar acreditada.  Firma del padre/tutor/estudiante adulto: _____  Fecha: ____ / ____ / ____
--