

School: \_\_\_\_\_

School Year: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION**

Education Code Section 49423; 5 California Code of Regulations 603

Any pupil who is required to take, during the regular school day, medication prescribed for him/her by a physician, may be assisted by a school nurse or other designated school district personnel if the district receives:

1. A written statement from a physician licensed in the State of California, or physician assistant, detailing the name of the medication, method, amount, and time schedules by which such medication is to be taken.
2. Written authorization from the parent/guardian of the pupil indicating the desire that school personnel assist the pupil in the matters set forth in the Physician's Statement.

**This authorization is valid only for the current school year.** In addition, if any of the conditions in the Physician's Statement changes during the school year, a new Physician's Statement and parent/guardian authorization form must be submitted.

---

***This portion to be completed by parent/guardian.***

I request that a school nurse or other designated school district personnel administer medication, or assist in the administration of medication, as directed by my child's physician.

\_\_\_\_\_  
Pupil's Name

\_\_\_\_\_  
Grade

I authorize the school nurse or other designated school district personnel to communicate directly with my child's physician's office, as may be necessary, regarding the Physician's Statement. I understand what school personnel will do to assist in administering medication to my child.

I understand that I have certain responsibilities to enable school personnel to assist in the administration of medication to my child. This includes ensuring that a current, authorized Physician's Statement has been delivered to the school nurse or other authorized personnel. This also includes ensuring that only medication prescribed by my child's physician and listed on the Physician's Statement will be brought to the school. I understand that medication should be in containers that are clearly marked with the name of the pupil, the name of the prescribing physician, the name of the medication, and the amount of medication. Over the counter medication must be in the original container and labeled with the student's name.

I understand that I may terminate consent for the administration of medication to my child at any time by notifying the school nurse in writing.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Home Telephone Number

\_\_\_\_\_  
Work Telephone Number

Escuela: \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO**

Código de Educación Sección 49423; 5 California Código de Regulaciones 603

Cualquier alumno que deba recibir, durante el día escolar, medicamento prescrito por su médico, puede ser asistido por una enfermera escolar u otro miembro designado del personal del Distrito, si el distrito recibe:

1. Una declaración escrita por un médico con licencia del estado de California, o su asistente, detallando el nombre del medicamento, el método, la cantidad y el horario para administrar el medicamento.
2. La autorización por el padre/tutor del alumno indicando el deseo de que el personal de la escuela asista al estudiante con relación a lo descrito en la declaración del médico.

**Esta declaración es válida únicamente para el año escolar actual.** Además, si cualquiera de las condiciones descritas en la declaración del médico cambia se debe de presentar una nueva declaración del médico y una nueva autorización del padre/tutor.

---

***Está porción debe de ser llenada por el padre/tutor***

Solicito que la enfermera escolar u otro miembro del personal del Distrito administre el medicamento, o asista durante la administración del medicamento tal y como lo indica el médico de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Nombre del alumno

\_\_\_\_\_  
Grado

Autorizo que la enfermera escolar u otro miembro designado del personal del Distrito se comunique directamente al consultorio del médico de mi hijo(a), como sea necesario, con relación a la declaración del médico. Entiendo que es lo que el personal escolar hará para asistir en la administración del medicamento a mi hijo(a).

Entiendo que tengo ciertas responsabilidades en posibilitar al personal escolar para asistir en el administración del medicamento a mi hijo(a). Esto incluye asegurarme de que la declaración del médico actualizada haya sido entregada a la enfermera escolar u otro personal autorizado. Esto también incluye el asegurarme que sólo el medicamento prescrito y detallado en la declaración del médico sea traído a la escuela. Entiendo que el medicamento debe de estar en recipientes que estén claramente identificados con el nombre del alumno, el nombre del médico que prescribió el medicamento, el nombre del medicamento y la cantidad del medicamento. Los medicamentos sin receta deben de estar en su recipiente original y etiquetados con el nombre del estudiante.

Entiendo que puedo rescindir del consentimiento de la administración del medicamento a mi hijo(a) en cualquier momento por medio de la notificación por escrito a la enfermera escolar.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono de casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo