

LITTLE LAKE CITY SCHOOL DISTRICT

10515 S. Pioneer Blvd., Santa Fe Springs, CA 90670 (562) 868-8241

AUTHORIZATION FOR ADMINISTERING MEDICATION AT SCHOOL

California Education Code, Section 49423, allows the school nurse or other designated school personnel to assist students who are required to take medication during the school day. This service is provided to enable the student to remain in school, to maintain or improve health status, and to improve the potential for education and learning.

STUDENT'S NAME: _____ BIRTHDATE: _____

SCHOOL OF ATTENDANCE: _____ GRADE: _____ PHONE NUMBER: _____

SCHOOL ADDRESS: _____ FAX: _____

**THIS SECTION TO
BE COMPLETED BY
PHYSICIAN LICENSED
IN CALIFORNIA**

Diagnosis: _____

Medication prescribed: _____

Dose Form: _____ Dose Amount: _____

Route of Administration: _____ Time: _____

If prn (as needed): p every 3 hrs p every 4 hrs p every 6 hrs p other: _____

For Asthma InhalerIn case of a moderate to severe attack, while waiting for parent and/or paramedics, can this inhaler be given before the next dose is due? Yes NoIf Yes: 30 mins after the 1st dose 1 hour after the 1st dose other: _____If No: *specify other treatment/remedy* _____

Date of Prescription: _____ Duration: _____

Precautions or possible adverse side effects including storage instructions: _____

It is necessary for this medication to be taken by the above named student during the school day as prescribed.

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's Name: _____ License No: _____

Address: _____

Telephone Number: _____ Fax Number: _____

**THIS SECTION TO
BE COMPLETED BY
PARENT/GUARDIAN**

I authorize school personnel to administer the above medication to my child as ordered by our physician. I authorize designated staff to communicate with the physician regarding my child's medical condition or the medication prescribed.

Parent/Guardian: _____
(Signature) (Date)

Phone/ Home: _____ Work: _____

NO OVER-THE-COUNTER MEDICINES WILL BE GIVEN AT SCHOOL WITHOUT A PHYSICIAN'S ORDER.
MEDICATION MUST BE DELIVERED TO THE SCHOOL OFFICE BY THE PARENT OR DESIGNATED ADULT.
MEDICATION MUST BE IN AN ORIGINAL CONTAINER PROPERLY LABELED BY THE PHARMACY,
NO OTHER CONTAINERS WILL BE ACCEPTED.
THIS FORM MUST BE RENEWED AT THE BEGINNING OF EACH SCHOOL YEAR.
THIS FORM MUST BE RENEWED WHENEVER THERE IS A CHANGE IN PRESCRIPTION.



LITTLE LAKE CITY SCHOOL DISTRICT

10515 S. Pioneer Blvd., Santa Fe Springs, CA 90670 (562) 868-8241

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

El Código de Educación de California, Sección 49423, permite a la enfermera escolar, o a otra persona del personal escolar designada, ayudar a los estudiantes que necesitan tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio es proporcionado para que el estudiante pueda quedarse en la escuela, para mantener o mejorar su salud, y para mejorar el potencial para su educación y su aprendizaje.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NAC. _____

ESCUELA A LA QUE ASISTE: _____ GRADO: _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____ FAX: _____

ESTA SECCIÓN ES
PARA QUE LA LLENE
UN MÉDICO CON
LICENCIA EN
CALIFORNIA

Diagnóstico: _____

Medicamento recetado: _____

Forma de la dosis: _____ Cantidad de la dosis: _____

Hora: _____ Vía de administración: _____

Si esta necesitado: cada 3 horas cada 4 horas cada 6 horas otra: _____

Para El Inhalador del Asma:
En caso de un ataque moderado o severo, mientras que para padre y/o paramédicos que esperan, puede este inhalador ser dado antes de que la dosis siguiente sea debida? Si No
Si sA: 30 mins después de la 1ra dosis 1 hora después de la 1ra dosis otra _____
Si ningAn: especifique el otro tratamiento/remedio _____

Fecha de la receta: _____ Duración: _____

Precauciones o posibles efectos secundarios adversos, incluyendo instrucciones para guardarse:

Es necesario que este medicamento lo tome el estudiante mencionado arriba durante el día escolar según lo recetado.

Médico: _____
(Firma) (Fecha)

Nombre del médico: _____
(Con letra de molde) (Número de la licencia)

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

ESTA SECCIÓN ES
PARA QUE LA LLENE
EL PADRE, LA
MADRE O GUARDIÁN

Yo autorizo al personal escolar para que administre el medicamento mencionado arriba a mi hijo/a según lo ordenado por nuestro médico. Yo autorizo al personal designado a comunicarse con el médico referente a la condición médica de mi hijo/a o al medicamento recetado.

Padre/Madre/Guardián: _____
(Firma) (Fecha)

Teléfono/ Casa: _____ Trabajo: _____

NO SE DARÁN MEDICINAS COMPRADAS SIN RECETA MÉDICA EN LA ESCUELA SIN UNA ORDEN DEL MÉDICO.
EL MEDICAMENTO DEBE SER ENTREGADO EN LA OFICINA DE LA ESCUELA POR UNO DE LOS PADRES O UN ADULTO DESIGNADO.
EL MEDICAMENTO DEBE ESTAR EN EL RECIPIENTE ORIGINAL CON LA ETIQUETA APROPIADA DE LA FARMACIA.
NO SE ACEPTARÁ NINGÚN OTRO RECIPIENTE.
ESTA FORMA DEBE SER RENOVADA AL PRINCIPIO DE CADA AÑO ESCOLAR.
ESTA FORMA DEBE SER RENOVADA CADA VEZ QUE HAYA UN CAMBIO EN LA RECETA.