

School Year: _____ School: _____ Fax: _____

Student Name: _____ Grade: _____ DOB: _____

*This form **must be renewed annually**, and if there are any changes in treatment or medication during the school year.*

Physician -- Complete Medication List Below Mark All That Apply

Medication Name: _____ Strength: _____ Required Dose: _____

Method of Administration: _____ PRN frequency: _____

Specific description of seizure symptoms (including but not limited to frequency, type or length of seizures) that identify when the administration of an emergency anti-seizure medication is necessary: _____

Circumstances under which the medication may be administered: _____

Potential adverse reactions and recommended mitigation actions: _____

Protocol for observing student after a seizure (including but not limited to whether the student should rest in the school office, return to class, and the length of time student should be under direct observation: _____

The parent/guardian is to provide verbal and written notification to the student's school of the details (time, amount, etc.) of any emergency anti-seizure medication administration within 4 hours of the start of a school day. If parent notifies the school of any such administration, then the above protocol should be modified as follows (describe change if any to the above administration instructions in the event of a parent administration notification as described above):

Date when emergency anti-seizure medication was last administered: _____ Other seizure medications prescribed for the student: _____

Medication shall be administered from: _____ to _____ or Remainder of school year

Additional Instructions: _____

My signature below provides authorization for the above orders. All procedures will be implemented in accordance with states laws and regulations. Specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the school nurse.

Physician Signature

Date

Phone

Fax

Clinic Stamp

Autorización del Padre/Tutor

Solicito que mi hijo tenga permitido tomar medicamento en la escuela según las indicaciones del proveedor de cuidado de salud arriba. Autorizo que el personal escolar ayude con este medicamento para mi hijo como fue indicado por el proveedor de cuidado de salud arriba. Entiendo que personal no-médico, capacitado puede ayudar con, o administrar, el medicamento (Código Ed 49423 y 49480).

Autorización del Padre/Tutor (cont.)

Autorizo la comunicación e intercambio de información entre el Distrito Escolar Unificado de Palo Alto (PAUSD, por sus siglas en inglés), el proveedor de cuidado de salud nombrado arriba y la farmacia incluida en el medicamento recetado arriba en relación a la declaración escrita del proveedor de cuidado de salud o cualquier otra pregunta sobre el medicamento o la administración del mismo.

Entiendo y acepto las siguientes responsabilidades en relación a la administración del medicamento:

1. Este formulario debe ser renovado siempre que cambie la receta del alumno y al comienzo de cada ciclo escolar.
2. El medicamento recetado debe estar en un frasco etiquetado por el farmacéutico o proveedor del cuidado de la salud y no debe estar caducado.
3. El medicamento de venta libre debe estar en el frasco original con la etiqueta intacta.
4. Un adulto debe traer el medicamento a la enfermería y recoger cualquier medicamento caducado o sin usar.
5. El corte de pastillas debe ser realizado por el padre/tutor previo a proporcionar el medicamento a los funcionarios escolares.
6. Los padres/tutores proporcionan todo el material o equipo necesario (p.ej., cuchara medidora) para la administración del medicamento.
7. Los alumnos no pueden llevar y auto administrarse medicamento a menos que el alumno, el padre y el proveedor del cuidado de salud lo autoricen.
8. Los padres notificarán a la escuela y proporcionarán una nueva autorización para cualquier cambio a la autorización arriba.
9. Cualquier cambio o modificación a las autorizaciones arriba únicamente podrán hacerse luego de recibir una notificación por escrito por parte del proveedor del cuidado de la salud.
10. Entiendo que se llamará a 911 luego de la administración de medicamento anticonvulsivo de emergencia conforme a la Sección 49414.7 del Código de Educación de California. Esto no exigirá que el alumno será trasladado a urgencias; sin embargo, debido a la administración del medicamento anticonvulsivo de emergencia, si el alumno no es trasladado por Servicios Médicos de Urgencias (EMS, por sus siglas en inglés) (también conocidos como paramédicos), él/ella no podrá permanecer en la escuela durante el resto del día escolar. Esta decisión será tomada por la enfermera escolar en base al caso y se basará en la seguridad y las necesidades médicas del alumno. El protocolo de EMS puede exigir la presencia de un padre/tutor para evitar el traslado a urgencias.
11. Entiendo que, si se administra medicamento anticonvulsivo de emergencia, el alumno no será trasladado por autobús a menos que la enfermera del distrito lo autorice.
12. Entiendo que el padre/tutor debe dejar saber a la escuela si el medicamento anticonvulsivo de emergencia fue administrado dentro de las últimas 4 horas en un día escolar (incluyendo la dosis, el método de administración y las características de la convulsión).
13. Entiendo que el medicamento anticonvulsivo de emergencia no será administrado en un autobús escolar. Se llamará a 911 si la actividad convulsiva lo requiere.

Firma del Padre

Teléfono

Fecha