

**Orange Unified School District**  
**PARENT AND PHYSICIAN REQUEST FOR MEDICATION**

Name of Pupil \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_

Birthdate \_\_\_\_\_  
Telephone \_\_\_\_\_

**REQUERIMIENTO DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS (con o sin prescripción).**

El Código 49423 de Educación de California y la política del Distrito Escolar, permite la administración de medicamento por el personal escolar designado. Este servicio se provee cauno el medicamento: 1)se requiere durante el día escolar, 2)permite que el estudiante, permanezca en la escuela, y/o 3) ayuda a mantener a mejorar el potencial para aprender del estudiante.

Necesito que el medicamento se le administre a mi hijo (a) \_\_\_\_\_, e acuerdo a las instrucciones del doctor. Esto incluye mi acuerdo de que: 1) El personal escolar designado le administrará el medicamento bajo supervisión de una Enfermera Escolar Calificada; 2) La escuela será notificada inmediatamente de cualquier cambio de medicamento, dosis, hora de administración, y/o del doctor, 3) Se otorga el permiso para que se le pida información al médico cuando sea necesario aclarar las instrucciones, y 4) He revisado la información en el dorso.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION (Prescription and Non-Prescription)**

Diagnosis/Reason for Medication: \_\_\_\_\_

Medication\* \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Medication\* \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

\* If given PRN, specify time between doses \_\_\_\_\_ Maximum # of doses per day \_\_\_\_\_

Possible serious reactions \_\_\_\_\_

**For Epi-Pen and Albuterol Inhalers only: Student  May or  May not carry on person.**

Disposition of pupil following administration of medication (i.e. rest, home, doctor's office, hospital, return to class): \_\_\_\_\_

Date to Start Medication at School \_\_\_\_\_ Date to Discontinue Medication at School \_\_\_\_\_

The above medication cannot be scheduled for other than during school hours and may be administered by designated, non-medical school personnel under supervision of a qualified School Nurse.

Physician Signature \_\_\_\_\_

Address/City/Zip \_\_\_\_\_

Date of Authorization \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Physician Fax # \_\_\_\_\_

**Please Validate with Office Stamp**

Medication procedure and written physician/parent authorization have been verified by the School Nurse.

School Nurse Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN A LOS PADRES SOBRE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

1. Los medicamentos en la escuela están limitados a aquellos estudiantes que necesitan medicina durante el día escolar para el tratamiento de un problema específico de salud. Cuando sea posible, se les pide a los padres que se pongan de acuerdo con el doctor en cuanto al horario en que se debe administrar el medicamento en la casa, o a las horas en que el niño no esta en la escuela.
2. Todo medicamento (con prescripción y sin prescripción) requiere una autorización por escrito del doctor y del padre. El formulario de medicamentos (al dorso) se titula: "Requerimiento para Medicamento de los Padres y el Doctor," y es el prefreído para todas las ordenes de medicamentos. Cuando se prescribe un medicamento y no hay un formulario diponible, el doctor pobra someter la autorización necesaria en un formulario de prescripción, o en una nota personalizada. La autorización del doctor y/o de los padres podrá ser enviada por Fax. Cuando es necesario para los Estudiantes de Cuidado Escolar, se les entregarán copias de los formularios al personal del programa.
3. Algunos estudiantes requieren medicamentos solo de acuerdo a la necesidad. Por ejemplo, una prescripción (tal como un inhalador para alivio del asthma, etc.), y un medicamento sin prescripción (tal como Tylenol para dolor de cabeza, Midol para dolores menstruales, tabletas para la gripe, tabletas para la garganta para aliviar síntomas, etc.). Para prepararse para esta situación, los padres podrán obtener una autorización por escrita por adelantado cada ano escolar.
4. Los medicamentos deberán ser suministrados por los padres en un envase de la farmacia, con el nombre del medicamento y la dosis correcta. Los medicamentos líquidos deberán venir acompañados de un artefacto de medida apropiado. Si es necesario, el farmacéutico suministrara un segundo envase para los medicamentos de prescripción que serán entregados a le escuela.
5. Los medicamentos son guardados en la Oficina de Salud bajo llave, o refrigerados, si es necesario.
6. La enfermeras escolares trabajan en diferentes escuelas por esto los medicamentos son administrados con frecuencia por el personal escolar designado, que no son doctores, pero quienes son entrenados y supervisados por una enfermera escolar calificada.
7. Al final del periodo de la prescripción, se notifica a los padres para que se lleven a sus casas el medicamento sobrante. Diez días después de esta notificación se iluminan de una manera seguro los medicamentos que no son reclamados.
8. Los medicamentos que continúan en el ano escolar nuevo requieren de una autorización por escrito nueva le los padres y del dosis, o de horario.
9. Los medicamentos que no han sido autorizados, si están en un envase apropiado, si están en un envase apropiado, permanecerán el so Ofician de Salud hasta que los padres hayan sido notificados sobre los procedimientos de medicamentos en la escuela.

<b>FOR SCHOOL USE ONLY</b>		<b>Amount Received (Count with Parent or Another Adult)</b>	<b>Signature of Person Bringing Medication *</b>	<b>Signature of School Employee Receiving Medication</b>
<b>Date</b>	<b>Medication</b>			
* If not brought in by parent, verify receipt and amount with parent by telephone.				