

**Authorization for Medication Administration During School Hours**

In compliance with Education Code Section 49423, no medication will be accepted or administered at school without meeting the following requirements. This Code allows students to take medications prescribed by a physician during the school day, to be assisted by designated school personnel with the medication, or to carry and self-administer **certain** medication when authorized in writing by the student's parent/guardian **AND** physician.

The procedure for administration of medication by **prescription** and/or **nonprescription/Over The Counter (OTC)** medication listed on this form will be expedited as follows:

1. Only medication prescribed by the student's physician as being necessary to be taken by the student in the manner listed on this form should be brought to school. **Form must be complete and include required parent and prescribing physician signatures.**
2. Medication brought to the school to be administered to the student according to the provisions listed on this form shall be in its **original prescription container** or for nonprescription/OTC medication, in its **original manufacturers container**, clearly marked with the student's name, the prescribing physician, and the medication order: medication name, route, dosage, time/frequency, and pharmacy. (Parent may want to ask physician for a prescription for a duplicate supply; one for home and one for school).
3. Medications that contain narcotics (some pain medications, some cough medications) **will not** be administered at school.
4. **All medications will be kept in a secure place in the school office.** Any special instructions for storage or security measures of any medication should be written by the prescribing physician and delivered to the school office, so that such instructions can be followed.
5. **Parent/Guardian or adult student (18 years or older)** shall deliver the medication and the completed form to the school office. **DO NOT SEND MEDICATION TO SCHOOL WITH THE STUDENT.**
6. **Parent/Guardian or adult student (18 years or older)** shall pick up remaining medication during the last week of school. The school site is not responsible for medication left in the office over summer, any medication not picked up will be discarded 10 days after the last day of school.

If continuance of medication is necessary,
a new Authorization for Medication Administration During School Hours form
must be completed annually, at the beginning of each new school year.

Autorización para Administrar Medicamentos Durante el Horario Escolar

De conformidad con la Sección 49423 El Código de Educación, no se aceptarán ni se administrarán medicamentos en la escuela si no se cumple con los siguientes requisitos. El Código permite a los estudiantes tomar medicamentos recetados por un médico durante el día escolar, ser asistidos con el medicamento por personal escolar designado, o **ciertos** medicamentos pueden llevarlos con ellos y auto administrarlo cuando el Padre/Guardián o medico del estudiante lo autoriza por escrito.

El procedimiento para administrar medicamentos por **prescripción** y/o **no recetados de venta en el mostrador (OTC)** que se detallan en este formulario serán facilitados de la siguiente manera:

1. Solamente los medicamentos recetados por el médico del alumno y que necesitan ser tomados de la manera indicada en este formulario deben ser traídos a la escuela. **Se deberá llenar el formulario e incluir las firmas de los padres y el médico que lo recetó.**
2. El medicamento que sea traído a la escuela para que se le administre al estudiante de acuerdo con las disposiciones enumeradas en este formulario, deberá estar en su **envase original recetado** o para medicamentos no recetados del mostrador (OTC), en su **envase original del fabricante**, claramente marcado con el nombre del estudiante, médico que lo recetó y la orden del medicamento: nombre del medicamento, itinerario, dosis, hora/frecuencia, y farmacia. (Los padres pueden solicitar a su médico una receta para duplicar el suministro/medicina y tener uno en casa y otro en la oficina.)
3. **Todos los medicamentos se guardarán en un lugar seguro en la oficina de la escuela.** Cualquier instrucción especial para tomar medidas de seguridad o almacenar el medicamento debe ser escrito por el médico y llevarlo a la oficina de la escuela, para que se puedan seguir esas instrucciones.
4. **El Padre/Guardián o estudiante adulto (18 años o mayor)** deberá entregar el medicamento y el formulario completo en la oficina de la escuela. **NO ENVIE MEDICAMENTOS A LA ESCUELA CON EL ESTUDIANTE.**
5. **El Padre/Tutor o estudiante adulto (18 años o mayor)** deberá recoger el medicamento restante durante la última semana de clases. El sitio escolar no es responsable por los medicamentos que se dejen en la oficina durante el verano, cualquier medicamento que no se recoja se desechará 10 días después del último día de clases.

Si es necesaria la continuación de la medicación,
un nuevo formulario de Autorización para la administración de medicamentos durante el horario escolar
debe completarse anualmente, al comienzo de cada nuevo año escolar.

Parent / Guardian Authorization
Autorización de Padre/Tutor

PLEASE SEE PAGE 1 FOR PRESCRIBED AND NON-PRESCRIBED MEDICATION REQUIREMENTS
CONSULTE LA PÁGINA 1 PARA VER LOS REQUISITOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y NO RECETADOS

Student Name/Nombre del Estudiante: _____ Male/Masculino Female/Femenino
Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Current School/Escuela Actual: _____ Grade/Grado: _____
Current Address/Dirección Actual: _____

In accordance with Education Code §49423 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and (c) EC §49423.1 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and (c) and EC §49407, I, the undersigned parent / guardian of the above named minor student hereby authorize:

_____ School nurse or designated school personnel to **assist** my child with medication administration, monitoring, and testing according to physician instructions and approval below.

_____ My child to **carry and self administer**: an auto injector epinephrine pen, an asthma inhaler, or insulin and blood sugar monitoring/ supplies **according to physician instructions and approval below.**

In accordance with California Education Code §49407, I hereby RELEASE, DISCHARGE, and HOLD HARMLESS the Manteca Unified School District, officers, employees and agents from all liability, including injury, death, adverse reactions, or other damages which may arise from the self administration or assisting with administration of medication according to the authorization and instructions of the undersigned parent/guardian and physician described herein.

I further authorize the school nurse or designated school personnel to consult with the prescribing physician should any questions arise with regard to the medication (California Education Code §49480). **I understand that continuous medication requires annual authorization to the school's office, at the beginning of each new school year.**

Print Parent / Guardian Name

Parent / Guardian Signature

De acuerdo con el Código de Educación §49423 Secciones (a), (b, 1, 2 & 3) y (c) EC §49423.1 Secciones (a), (b, 1, 2 & 3) y (c) y EC §49407, Yo, padre/ tutor del estudiante menor arriba mencionado, firmante en la parte de abajo, por este medio, autorizo:

_____ A la enfermera de la escuela o personal escolar designado para **asistir** a mi hijo(a) con la administración, monitoreo y pruebas de sus medicamentos de acuerdo con las instrucciones y aprobación del médico abajo indicadas.

_____ Mi hijo(a) **puede llevar con él/ella y auto administrarse**: un inyector de epinefrina con inyector automático, un inhalador para el asma o insulina Iniciales y monitoreo de azúcar en la sangre/suministros de acuerdo a las instrucciones y aprobación del médico abajo indicadas.

De acuerdo con el Código de Educación de California §49407, Yo por este medio LIBERO, DESCARGO, y EXENTO DE RESPONSABILIDAD al Distrito Escolar Unificado de Manteca, oficiales, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo lesiones, muerte, reacciones adversas u otros daños que puedan surgir de la auto administración o con la asistencia a la administración del medicamento de acuerdo con la autorización y las instrucciones del padre/tutor que firma y el médico la cuales se describen en el presente documento.

Además, autorizo a la enfermera de la escuela o personal escolar designado a consultar con el médico que recetó si es que surgen preguntas en relación al medicamento (Código de Educación de California §49480). **Entiendo que la medicación continua requiere autorización anual a la oficina de la escuela, al inicio de cada nuevo año escolar.**

Nombre del Padre / Nombre del Guardián

Firma Del Padre/Guardián

Dirección Actual

Teléfono del Trabajo

Physician Authorization

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PRESCRIBING PHYSICIAN ONLY

Physical Condition for which medication (s) are being taken/DIAGNOSIS: _____

Name of Medication	Dose	Frequency	Route	Time
#1: _____	_____	_____	_____	_____
#2: _____	_____	_____	_____	_____
#3: _____	_____	_____	_____	_____

Instructions for **DURATION OF CARE** after medication administration: observe student, send home, 911/hospital, return to class, **readminister medication**:

Possible reactions after administration of medication: _____

Storage and other precautions: _____

Start Date: Immediate / Other Date: _____ **Stop Date:** End of School Year / Other Date (if prior to end of school year): _____

_____ I authorize my patient to **carry and self administer**: Epi-Pen auto injector Asthma inhaler Diabetic Supplies/Source of food according to my instructions and approval here stated. **I confirm that I have instructed the student in the procedures, dosages, and time schedule by which the medication is to be taken and the student is COMPETENT in self-administering the medication.**

[Education Code §49423 sections (a), (b, 1,2 & 3) and (c) EC §49423.1 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and (c)]

Print Name of Provider

Provider's NPI

Provider Stamp:

School Nurse Name: _____ School Nurse Signature: _____ Date: _____

Principal Name: _____ Principal Signature: _____ Date: _____