



FRIENDSHIP SCHOOL
 San Diego County Office of Education, 525 Third Street, Imperial Beach CA 91932
 (858) 298-2213 FAX (619) 423-6007

PARENT/GUARDIAN AND PHYSICIAN MEDICATION AUTHORIZATION
AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL PADRE/TUTOR Y MÉDICO

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
 MEDICAMENTOS CON RECETA Y SIN RECETA**

La Sección 49423 del Código de Educación de California permite que la enfermera escolar u otro personal escolar designado ayude a los estudiantes que deben tomar medicamentos durante el día escolar.

Solicito que se administre el medicamento a mi hijo _____, de acuerdo con las instrucciones escritas de nuestro médico. Entiendo que el personal escolar designado administrará medicamentos bajo la supervisión de una enfermera escolar calificada. Notificaré a la escuela de inmediato y enviaré un nuevo formulario si hay cambios en el medicamento, la dosis, el horario de administración y/o el médico que lo recetó y dará permiso para comunicarme con el médico cuando sea necesario.

Parent/Guardian Signature: _____ **DATE:** _____

*****MEDICATION MUST BE IN THE ORIGINAL LABELED CONTAINER FROM PHARMACY WITH VALID EXPIRATION*****

PHYSICIAN AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

**** MUST BE COMPLETED BY PRESCRIBING PHYSICIAN ****

A separate form must be completed for each prescribing physician

	Medication	Method of Administration	Dosage	Time(s)	Discontinue Date
#1					
#2					
#3	PRN Tylenol(must include dosage and strength)				
#4	PRN Motrin(must include dosage and strength)				

List any precautions for administration or storage of medication:

Printed Name of Physician _____ **NPI#** _____ **Medical License Number** _____ **Date** _____

Signature of Physician _____ **Telephone Number** _____ **Fax Number** _____

