

FRIENDSHIP SCHOOL

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



AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION IN EMERGENCY/DISASTER ONLY

THIS AUTHORIZATION IS TO BE USED ONLY IN CASE OF EXTREME EMERGENCY/DISASTER AND THE PUPIL IS REQUIRED TO REMAIN AT THE SCHOOL BEYOND NORMAL SCHOOL HOURS FOR SAFETY OR UNTIL THE PARENT/GUARDIAN CAN PICK THEM UP.

AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN EMERGENCIA/DESASTRE
SOLAMENTE ESTA AUTORIZACION DEBE SER USADA SOLAMENTE SI EL ESTUDIANTE REQUIERE QUERDARSE EN LA ESCUELA MAS HALLA DE HORAS NORMALES POR SEGURIDAD O HASTA QUE PADRES/GUARDIANES LOS PUEDAN LEVANTAR EN UNA EMERGENCIA.

In the event of an emergency, the school nurse or other designated school district personnel is to give the following

medication(s) to: _____ at the times and in the amounts

student's name/nombre birth date/fecha de nacimiento

listed below:

Medication/ Medicacion Dosage/Dosis Amount/Cantidad Expiration Date/ Fecha de Caducidad

Yo, _____, el padre/guardian estoy supliendo 72 horas de medicacion para que sean usadas en la escuela en caso de emergencia. Cada tipo de medicamento esta separada en sobres, etiquetada con el nombre del estudiante, dosis cantidad dada, la hora de administrarla, y la cadusidad de los medicamentos.

Yo, me doy cuenta que es mi responsabilidad de proveer a la escuela con una forma de autorizacion actualizada y cambios en los medicamentos en cualquier tiempo durante el año cual el doctor cambia el medicamento del estudiante.

Solicito personal designado para administrar la medicación según lo prescrito por el médico anterior. Yo certifico que tengo la autoridad legal para dar su consentimiento para el tratamiento médico para el estudiante arriba mencionado, incluyendo la administración de medicamentos en la escuela. Entiendo que al final del año escolar, el padre / tutor debe recoger la medicación, de lo contrario será desechada. Yo autorizo a la enfermera de la escuela para comunicarse con los proveedores de salud que permitan la HIPAA.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Numero de Telefono

The above named child is on the medication listed. The dosage, amounts given, and time given are as stated above.
El nombre de su hijo de arriba esta alistado en el medicamento. Esta dosis, cantidad dada, y tiempo dado esta alistado igual.

Physician Signature

NPI#

Date

Phone Number