



Mt. Diablo Unified School District
Concord, California

AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

Student Name Birthdate School

Parent/Guardian Best Contact Number Grade

Education Code 49423, 49423.1 Any pupil who is required to take, during the regular school day, medication prescribed for him/her by a licensed healthcare provider, may be assisted by the school nurse or other designated school personnel, or may carry and self-administer prescription auto-injectable epinephrine or inhaled asthma medication, if the school district receives a written statement from the healthcare provider detailing the name of the medication, method, amount, and time schedules.

PART I—PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION (to be completed by parent/guardian)

I hereby request volunteer unlicensed school personnel assist my child with taking medication(s) as stated below according to healthcare provider. I understand all medication must be in the original appropriately labeled container. I understand that Mt. Diablo Unified School District is not responsible for any power failure or any other unforeseen circumstance that may cause a medication to lose its potency or render it unusable. I am required to pick up medication within one week after the last day of school or the medication will be disposed of. I also give consent for exchange of information between healthcare provider and Mt. Diablo Unified School District school personnel to communicate on matters related to this medication. I hereby release the school district and school personnel from civil liability if the student suffers an adverse reaction as a result of self-administering the medication.

Parent/Guardian Signature

Date

PART II—HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION (to be completed by provider)

Table with 5 columns: Name of Medication, Diagnosis / Indication, Dosage, Route, Time / Frequency

Please attach a list of potential side effects of the above prescribed medications.

I acknowledge volunteer unlicensed school personnel may assist student with the above prescribed medications.

Healthcare Provider Signature

Date

License #

Please Print or Stamp ->

Provider Name
Practice Name / Address / Phone

Large empty rounded rectangular box for stamp or signature.

PART III: Optional -Student may self-carry and administer- (must be signed by both parent and medical provider)

Student has been instructed and shows competency in use of listed medication(s).

Name of Medication(s)

Healthcare Provider Signature

Parent/Guardian Signature

Reviewed by Site Administrator on Date Copy to: nurse cum med binder



Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo

Concordia, California

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Padre/tutor _____ Mejor número de contacto _____ Grado _____

Código de Educación 49423, 49423.1 Cualquier alumno que deba tomar, durante el día escolar regular, un medicamento recetado para él/ella por un proveedor de atención médica con licencia, puede ser asistido por la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado, o puede llevar y administrar epinefrina autoinyectable recetada o medicamentos para el asma inhalados si el distrito escolar recibe una declaración por escrito del proveedor de atención médica que detalla el nombre del medicamento, el método, la cantidad y los horarios.

PARTE I: AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR *(para ser completado por el padre/tutor)*

Por la presente, solicito que el personal escolar voluntario sin licencia ayude a mi hijo a tomar los medicamentos como se indica a continuación según el proveedor de atención médica. Entiendo que todos los medicamentos deben estar en el envase original debidamente etiquetado. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo no es responsable por ningún corte de energía o cualquier otra circunstancia imprevista que pueda causar que un medicamento pierda su potencia o quede inutilizable. Debo recoger el medicamento dentro de una semana después del último día de clases o se desechará el medicamento. También doy mi consentimiento para el intercambio de información entre el proveedor de atención médica y el personal escolar del Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo para comunicarse sobre asuntos relacionados con este medicamento. Por la presente libero al distrito escolar y al personal escolar de responsabilidad civil si el estudiante sufre una reacción adversa como resultado de la autoadministración del medicamento.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

PARTE II: AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA *(para ser completado por el proveedor)*

| Nombre del medicamento | Diagnóstico / Indicación | Dosis | Ruta | Tiempo / Frecuencia |
|------------------------|--------------------------|-------|------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Adjunte una lista de los posibles efectos secundarios de los medicamentos recetados anteriormente.

Reconozco que el personal escolar voluntario sin licencia puede ayudar al estudiante con los medicamentos recetados anteriormente.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

Número de licencia

Por favor imprima o selle →

Nombre del proveedor

Nombre de la práctica / Dirección/ Teléfono

PARTE III: Opcional - El estudiante puede llevar y administrar- *(necesita firma de padre y de proveedor)*

El estudiante ha sido instruido y muestra competencia en el uso de los medicamentos enumerados.

Nombre del medicamento(s)

Firma del proveedor de atención médica

Firma del Padre / Tutor

Revisado por _____ el _____ Copiar a: _____ enfermera _____ cum _____ carpeta médica
Administrador del sitio Fecha