

Salinas City Elementary School District

Asthma Parent Letter

Dear Parent/Guardian:

Salinas City Elementary School District is aware that your child has *asthma* that may require treatment at school. In order for school to be prepared in case of emergency, we ask that you and your child's physician work together to fill out the attached [Asthma Action Plan](#). Please also fill out the form, [Questionnaire for Parents of a Child with Asthma](#). The Action Plan is for you and your child's doctor to discuss, complete, and **requires both parent and physician signature**. Please then return to your child's school office as quickly as possible.

This Emergency Action Plan will be made available to all appropriate staff in your child's school building so that the school is aware of what steps to take in case an emergency were to arise.

It is important for your child's safety that we have the proper medication consent forms, supplies, and medications at school in order to respond to an emergency. **All prescription AND over the counter (OTC) medications require a consent form with parent and physician signatures.** The consent form is available in the school's office. This paperwork must be completed **annually** before the first day of school and be brought to the school office.

Not interested in the above? Please sign below and return to the Health Aide.

☐ **My child does not need additional services at school. They are always provided first aid.**

Child's Name: _____
Child's DOB: _____
School Site: _____

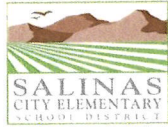
Parent/Guardian Signature: _____
Date: _____

Please call the District Nurse or school office if you have any questions or concerns. Thank you for helping us to ensure a safe and healthy year for your child at Salinas City Elementary School District.

Sincerely,

Health Services





Salinas City Elementary School District

Carta para padres de asma

Estimado padre/tutor:

El Distrito Escolar Primario de la Ciudad de Salinas está al tanto de que su hijo tiene *asma* que puede requerir tratamiento en la escuela. Para que la escuela esté preparada en caso de emergencia, le pedimos que usted y el médico de su hijo trabajen juntos para completar el [Plan de acción para el asma](#). Complete también el formulario, [Cuestionario para padres de un niño con asma](#). El plan de acción es para que usted y el médico de su hijo lo analicen, lo completen y **requiere la firma del padre y del médico**. Luego regrese a la oficina de la escuela de su hijo lo más rápido posible.

Este Plan de acción de emergencia se pondrá a disposición de todo el personal apropiado en el edificio escolar de su hijo para que la escuela sepa qué pasos tomar en caso de que surja una emergencia.

Es importante para la seguridad de su hijo que tengamos los formularios de consentimiento de medicamentos, suministros y medicamentos adecuados en la escuela para responder a una emergencia. **Todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) requieren un formulario de consentimiento con las firmas del padre y del médico.** El formulario de consentimiento está disponible en la oficina de la escuela. Esta documentación debe completarse **anualmente** antes del primer día de clases y llevarse a la oficina de la escuela.

¿No está interesado en lo anterior? Por favor firme abajo y devuélvase al asistente de salud.

☐ **Mi hijo no necesita servicios adicionales en la escuela. Siempre se les brinda primeros auxilios.**

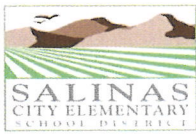
Nombre del niño: _____ Firma del padre/tutor: _____
Fecha de nacimiento del niño: _____ Fecha: _____
Sitio escolar: _____

Llame a la enfermera del distrito o a la oficina de la escuela si tiene alguna pregunta o inquietud. Gracias por ayudarnos a garantizar un año seguro y saludable para su hijo en el Distrito Escolar Primario de la Ciudad de Salinas.

Atentamente,

Servicios de Salud





Salinas City Elementary School District

Asthma Action Plan

Name: _____ Date of Birth: _____ Grade/Teacher: _____
Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____
Home Address: _____
Physician Name: _____ Phone: _____
Address: _____
Emergency Contact Name: _____ Phone: _____

DIAGNOSIS OF ASTHMA SEVERITY:

- ☐ Intermittent
☐ Persistent
☐ [____ Mild ____ Moderate ____ Severe]

ASTHMA TRIGGERS: (Things That Make Asthma Worse)

- | | |
|---|--|
| ☐ Smoke
☐ Colds
☐ Exercise
☐ Animals
☐ Dust
☐ Food | ☐ Weather
☐ Odors
☐ Pollen
☐ Other _____

_____ |
|---|--|

GREEN ZONE: GO! Take These DAILY CONTROLLER MEDICINES (PREVENTION) Medicines EVERY DAY

You have ALL of these:

- Breathing is easy
- No cough or wheeze
- Can work and play
- Can sleep all night

- ☐ No daily controller medicines required
☐ Daily controller medicine(s): _____
☐ Take ____ puff(s) or ____ tablet(s) ____ daily.
☐ For asthma with exercise, ADD: _____
____ puffs with spacer ____ minutes before exercise

ALWAYS RINSE YOUR MOUTH AFTER USING YOUR DAILY INHALED MEDICINE.

YELLOW ZONE: CAUTION! Continue DAILY CONTROLLER MEDICINES and ADD QUICK-RELIEF Medicines

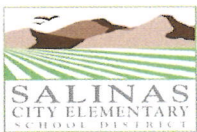
You have ANY of these:

- Cough or mild wheeze
- Tight chest
- Shortness of breath
- Problems sleeping, working, or playing

IF IN THE YELLOW ZONE MORE THAN 24 HOURS, CALL HEALTH CARE PROVIDER !

- ☐ Take daily controller medicine if ordered and add this quick-relief medicine when you have breathing problems: _____
_____ inhaler ____ mcg
☐ Take ____ puffs every ____ hours, *if needed*. Always use a spacer, some children may need a mask. _____
nebulizer ____ mg / ____ ml Take a _____ nebulizer treatment every ____ hours, *if needed*.
☐ Other: _____
☐ If quick-relief medicine does not HELP within ____ minutes, take it again and CALL your Health Care Provider If using quick-relief medicine more than ____ times in ____ hours, CALL your Healthcare Provider.





Salinas City Elementary School District

RED ZONE: EMERGENCY! Continue DAILY CONTROLLER MEDICINES/QUICK RELIEF Medicine & GET HELP!

You have **ANY** of these:

- Very short of breath
- Medicine is not helping
- Breathing is fast and hard
- Nose wide open, ribs showing, can't talk well
- Lips or fingernails are grey or bluish

- ☐ _____ Inhaler _____ mcg
- ☐ Take _____ puffs every _____ hours, *if needed*.
Always use a spacer, some children may need a mask.
- ☐ _____
nebulizer _____ mg / _____ ml
- ☐ Take a _____
nebulizer treatment every _____ hours, *if needed*.
- ☐ Other: _____

CALL HEALTH CARE PROVIDER AGAIN WHILE GIVING QUICK-RELIEF MEDICINE. If a health care provider cannot be contacted, CALL 911 FOR AN AMBULANCE OR GO DIRECTLY TO THE EMERGENCY DEPARTMENT!

Physician Signature: _____ Date: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

REQUIRED PERMISSIONS FOR ALL MEDICATION USE AT SCHOOL

Health Care Provider Permission: I request this plan to be followed as written.

This plan is valid for the school year _____ – _____.

Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Permission: I give consent for the school nurse to give the medications listed on this plan or for trained school staff to assist my child to take them after review by the school nurse. This plan will be shared with school staff who care for my child.

Signature _____ Date _____

OPTIONAL PERMISSIONS FOR INDEPENDENT MEDICATION CARRY AND USE AT SCHOOL

Health Care Provider Independent Carry and Use Permission: I attest that this student has demonstrated to me that they can self-administer this rescue medication effectively and may carry and use this medication independently at school with no supervision by school personnel.

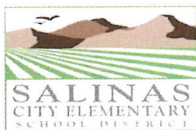
Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Independent Carry and Use Permission (If Ordered by Provider Above): I agree my child can self-administer this rescue medication effectively and may carry and use this medication independently at school with no supervision by school personnel.

Signature _____ Date _____

COPY FOR PATIENT





Salinas City Elementary School District

Plan de acción contra el asma

Nombre: _____ Date de Nacimiento: _____ Grado / Maestro: _____
padre / tutor Nombre: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Nombre del médico: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Contacto de emergencia Nombre: _____ Teléfono: _____

DIAGNOSIS OF ASTHMA SEVERITY:

- ☐ Intermittent
☐ Persistent
☐ [____Mild ____Moderate ____Severe]

ASTHMA TRIGGERS: (Things That Make Asthma Worse)

- | | |
|---|--|
| ☐ Smoke
☐ Colds
☐ Exercise
☐ Animals
☐ Dust
☐ Food | ☐ Weather
☐ Odors
☐ Pollen
☐ Other _____

_____ |
|---|--|

GREEN ZONE: GO! Take These DAILY CONTROLLER MEDICINES (PREVENTION) Medicines EVERY DAY

You have **ALL** of these:

- Breathing is easy
- No cough or wheeze
- Can work and play
- Can sleep all night

- ☐ No daily controller medicines required
☐ Daily controller medicine(s): _____
☐ Take ____ puff(s) or ____ tablet(s) ____ daily.
☐ For asthma with exercise, ADD: _____
____ puffs with spacer ____ minutes before exercise

ALWAYS RINSE YOUR MOUTH AFTER USING YOUR DAILY INHALED MEDICINE.

YELLOW ZONE: CAUTION! Continue DAILY CONTROLLER MEDICINES and ADD QUICK-RELIEF Medicines

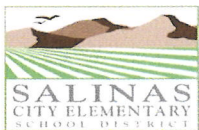
You have **ANY** of these:

- Cough or mild wheeze
- Tight chest
- Shortness of breath
- Problems sleeping, working, or playing

IF IN THE YELLOW ZONE MORE THAN 24 HOURS, CALL HEALTH CARE PROVIDER !

- ☐ Take daily controller medicine if ordered and add this quick-relief medicine when you have breathing problems: _____
_____ inhaler ____ mcg
☐ Take ____ puffs every ____ hours, if needed. Always use a spacer, some children may need a mask. _____
nebulizer ____ mg / ____ ml Take a _____ nebulizer
treatment every ____ hours, if needed.
☐ Other: _____
☐ If quick-relief medicine does not HELP within ____ minutes, take it again and CALL your Health Care Provider If using quick-relief medicine more than ____ times in ____ hours, CALL your Healthcare Provider





Salinas City Elementary School District

RED ZONE: EMERGENCY! Continue DAILY CONTROLLER MEDICINES/QUICK RELIEF Medicine & GET HELP!

You have **ANY** of these:

- Very short of breath
- Medicine is not helping
- Breathing is fast and hard
- Nose wide open, ribs showing, can't talk well
- Lips or fingernails are grey or bluish

- ☐ _____ Inhaler _____ mcg
- ☐ Take _____ puffs every _____ hours, *if needed*.
Always use a spacer, some children may need a mask.
- ☐ _____
nebulizer _____ mg / _____ ml
- ☐ Take a _____
nebulizer treatment every _____ hours, *if needed*.
- ☐ Other: _____

CALL HEALTH CARE PROVIDER AGAIN WHILE GIVING QUICK-RELIEF MEDICINE. If a health care provider cannot be contacted, CALL 911 FOR AN AMBULANCE OR GO DIRECTLY TO THE EMERGENCY DEPARTMENT!

Physician Signature: _____ Date: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

REQUIRED PERMISSIONS FOR ALL MEDICATION USE AT SCHOOL

Health Care Provider Permission: I request this plan to be followed as written.

This plan is valid for the school year _____ – _____.

Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Permission: I give consent for the school nurse to give the medications listed on this plan or for trained school staff to assist my child to take them after review by the school nurse. This plan will be shared with school staff who care for my child.

Signature _____ Date _____

OPTIONAL PERMISSIONS FOR INDEPENDENT MEDICATION CARRY AND USE AT SCHOOL

Health Care Provider Independent Carry and Use Permission: I attest that this student has demonstrated to me that they can self-administer this rescue medication effectively and may carry and use this medication independently at school with no supervision by school personnel.

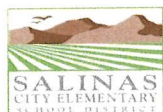
Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Independent Carry and Use Permission (If Ordered by Provider Above): I agree my child can self-administer this rescue medication effectively and may carry and use this medication independently at school with no supervision by school personnel.

Signature _____ Date _____

COPIA PARA EL PACIENTE





Asthma Parent Questionnaire

It has come to our attention that your child has asthma or breathing problems. The school nurse needs more information on your child's asthma or breathing problems. This will help us take care of your child at school. Please complete both sides of this form.

Child's Name _____ Grade _____ School: _____
Date _____ Parent/Guardian _____ Home Number (_____) _____
Work Number (_____) _____ Cell Number (_____) _____
Where does your child receive his/her asthma care: (Name of clinic) _____
Name of Physician or Nurse Practitioner _____ DR Phone # _____
Name of Insurance _____

1. Please circle if your child's asthma is severe or not severe or anywhere in between (circle a number- 1 being NOT severe and 5 being severe) : 1 2 3 4 5

2. How many days did your child miss school **last year** due to his/her asthma?
☐ 0 days ☐ 1 – 2 days ☐ 3-5 days ☐ 6-9 days ☐ 10-14 days ☐ 15 or more days

3. How many times has your child been hospitalized overnight or longer for asthma in the past 12 months?
☐ 0 times ☐ 1 time ☐ 2 times ☐ 3 times ☐ 4 times ☐ 5 or more times

4. How many times has your child been treated in the Emergency Department for asthma in the past 12 months?
☐ 0 times ☐ 1 time ☐ 2 times ☐ 3 times ☐ 4 times ☐ 5 or more times

5. What triggers your child's asthma or makes it worse?
☐ Smoke Chalk / chalk dust
☐ Animals / pets Strong smells / perfume
☐ Dust / dust mites Foods (which ones: _____)
☐ Cockroaches Having a cold / respiratory illness
☐ Grass / flowers Stress or emotional upsets
☐ Mold Changes in weather / very cold or hot air
☐ Exercise, sports, or playing hard

6. Does anybody in the household smoke? ☐ Yes ☐ No

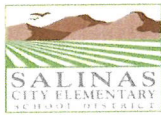
7. For each season of the year, to what extent does your child usually have asthma symptoms? (Mark an X for each season below)

	A lot	A little	None
Fall	☐	☐	☐
Winter	☐	☐	☐
Spring	☐	☐	☐
Summer	☐	☐	☐

8. In the past month, during the day, how often has your child had a hard time with coughing, wheezing or breathing?

☐ 2 times a week or less ☐ More than 2 times a week ☐ Every day (at least once every day)
☐ Constantly (all of the time every day)





Salinas City Elementary School District

9. In the past month, during the night, how often does your child wake up or have a hard time with coughing, wheezing or breathing?

- ☐ 2 times a month or less ☐ More than 2 times a month ☐ More than 2 times a week ☐ Every night

10. Does your child have a written Asthma Action Plan? ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

11. Does your child use a peak flow meter (something he/she blows into to check his/her lungs)?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

12. Do you know what your child's personal best peak flow number is? ☐ Yes → what is it? _____ ☐ No

13. Please list the medications your child takes for asthma or allergies (everyday and as needed)

Medications Taken at Home

Medication Name ?	How Much?	When is it Taken ?

Medications to be Taken at School

Medication Name ?	How Much?	When Should it be Taken ?

Please list anything else you use for your child's asthma (tea, herbs, home remedies, etc.): _____

14. How well does your child take his/her asthma medications?

- ☐ Can take medicine by self ☐ Forgets to take medicine ☐ Needs help taking medicine ☐ Not using medicine now

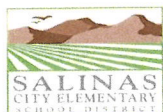
15. Does your child usually use a spacer or holding chamber with his metered dose inhaler (a clear tube that attaches to the inhaler and better helps the inhaled medicine get into the lungs)?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know ☐ He/she uses a dry powdered inhaler so he/she doesn't need a spacer

16. During the past year has your child's asthma ever stopped him/her from taking part in sports, recess, physical education or other school activities? ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

Parent Signature: _____ Date: _____





Salinas City Elementary School District

Cuestionario para padres sobre asma

Conocemos que su hijo tiene asma o problemas respiratorios. La enfermera de la escuela necesita más información sobre el asma o los problemas respiratorios de su hijo. Esto nos ayudará a cuidar de su hijo en la escuela. Complete ambos lados de este formulario.

Nombre del niño _____ Grado _____
Escuela: _____ Fecha _____ Padre / tutor _____ Telefono del hogar
(____) _____ Número de trabajo (____) _____ Celular
(____) _____
¿Donde recibe su hijo(a) atención del asma: (Nombre de la clínica) _____
Nombre del médico o enfermero practicante _____ Número del doctor _____
Nombre de la aseguranza _____

1. Por favor, circule si el asma de su hijo es severo o no severo o intermedio (circule un número: 1 NO es severo y 5 es MUY severo): 1 2 3 4 5

2. ¿Cuántos días faltó su hijo a la escuela **el año pasado** debido a su asma?
☐ 0 días ☐ 1 - 2 días ☐ 3-5 días ☐ 6-9 días ☐ 10-14 días ☐ 15 o más

3. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado su hijo durante la noche o más de un día dado al asma en los últimos 12 meses?
☐ 0 veces ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ 4 veces ☐ 5 o más veces

4. ¿Cuántas veces ha sido tratado su hijo en el Departamento de Urgencias por asma en los últimos 12 meses?
☐ 0 veces ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ 4 veces ☐ 5 o más veces

5. ¿Qué provoca o empeora el asma de su hijo?
☐ Humo de cigarro / polvo de tiza
☐ Animales / mascotas olores fuertes / perfume
☐ Polvo / ácaros del polvo (cuáles: _____)
☐ Cucarachas, un resfriado, enfermedad respiratoria
☐ Hierba, flores, estrés o trastornos emocionales
☐ Moho, cambios en el clima / mucho frío o aire caliente
☐ Hacer ejercicio, hacer deporte o jugar mucho

6. ¿Alguien en la casa fuma? ☐ si ☐ No

7. Para cada estación del año, ¿en qué medida su hijo suele tener síntomas de asma? (Marque una X para cada temporada)

	Mucho	Un poco	Ninguno
Otoño	☐	☐	☐
Invierno	☐	☐	☐
Primavera	☐	☐	☐
Verano	☐	☐	☐

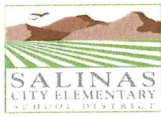
8. En el último mes, Durante el día, ¿con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para toser, jadear o respirar?

☐ 2 veces a la semana o menos ☐ Más de 2 veces a la semana
☐ Todos los días (al menos una vez al día) ☐ Constantemente (todo el tiempo todos los días)

9. En el último mes, durante la noche, ¿Con qué frecuencia se despierta su hijo o tiene dificultades para toser, jadear o respirar?

☐ 2 veces al mes o menos ☐ Más de 2 veces al mes ☐ Más de 2 veces a la semana ☐ Todas las noches





Salinas City Elementary School District

10. ¿Tiene su hijo un plan de acción para el asma escrito? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
11. ¿Utiliza su hijo un medidor de flujo máximo (algo en el que sopla para controlar sus pulmones)?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé
12. ¿Sabe cuál es el mejor número de flujo máximo personal de su hijo? ☐ Sí ¿qué es? _____ ☐ No
13. Enumere los medicamentos que toma su hijo para el asma o las alergias (todos los días y según sea necesario)

Medicamentos que se toman en el hogar

Nombre del medicamento?	¿Cuánto cuesta?	¿Cuándo se toma?

Medicamentos que deben tomarse en la escuela

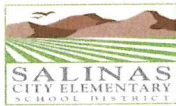
Nombre del medicamento?	¿Cuánto cuesta?	¿Cuándo debería tomarse?

Enumere cualquier otra cosa que use para el asma de su hijo (té, hierbas, remedios caseros, etc.): _____

14. ¿Qué tan bien toma su hijo sus medicamentos para el asma?
☐ Puede tomar medicamentos por sí mismo ☐ Olvida tomar medicamentos ☐ Necesita ayuda para tomar medicamentos ☐ Ahora no usa medicamentos
15. ¿Su hijo suele usar un espaciador o una cámara de retención con su inhalador de dosis medida (un tubo transparente que se conecta al inhalador y ayuda mejor a que el medicamento inhalado llegue a los pulmones)?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ Usa un inhalador de polvo seco para que no necesite un espaciador
16. Durante el año pasado, ¿el asma de su hijo alguna vez le impidió participar en deportes, recreo, educación física u otras actividades escolares? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Firma del padre: _____ Fecha: _____





Salinas City Elementary School District

AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Name of School: _____
School's Number: _____ Schools Fax: _____ Teacher's Name: _____ Grade _____

In accordance with California Education Code section 49423, all students receiving medication at school require a medication authorization which must be completed by a California licensed physician or other healthcare provider who has the authority to prescribe medication in the state of California. The information requested on this form is necessary to comply with the law and to ensure adequate protection for students. If any of the conditions on this authorization change, a new form must be completed and signed by the parent and health care provider.

This form is valid for school year _____ to _____.

PARENT SECTION

I, the undersigned as legal parent/guardian of _____ (student's name)
_____ (birth date) authorize the school nurse, or other school staff designated by the school site principal, to administer the following listed medication(s) to my child as prescribed on this authorization and in accordance with California law as referenced below. I also authorize, as needed, the sharing of information related to my child's health on matters related to this medication, between the school nurse (or designee) and the health care provider listed below. I will comply with the procedures listed on the back of this form related to administering medication at school.

Date: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Phone Number: _____

PROVIDER SECTION: To be completed by an authorized health care provider

Diagnosis/Condition _____

I hereby instruct a designated school staff member to assist the above student in taking:

Medication	Dose	Method of Administration	Time to be given	Frequency
------------	------	--------------------------	------------------	-----------

1. _____

2. _____

Discontinue Medication # 1 (date) _____ Discontinue Medication # 2 (date) _____

Other medications taken by this student: _____

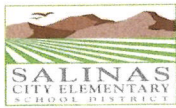
Health Care Provider's Name (printed) _____ Signature _____

MD/DO/DDS/PA/NP CA License # _____

Physician's Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Reviewed by (Name of School Nurse): _____ Signature: _____ Date: _____



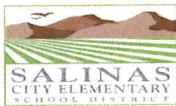


The procedure covering prescription and non-prescription medication will be executed under the following conditions:

1. Only medications prescribed by the student's health care provider listed on this form may be brought to school. Written parent permission is also required.
2. The medication shall be taken directly by the student in accordance with instructions from the provider as listed on this authorization.
3. Medication brought to school will be given to the student according to the provisions listed on this form. The prescription or manufacturer's container must be clearly labeled with:
 - The name of the student
 - The name of the prescribing provider
 - The pharmacy who dispensed the medication or the manufacturer
 - The strength of the medications and the amount to be given (dose)
 - The method of administration (oral, inhaled, topical, etc.)
 - The specific time and/or specific situations in which the medication is given
 - Parents may want to ask the pharmacist for "school packaging" - a separate container labeled just for the school time dose
4. Parents/guardians must provide all materials or necessary equipment for medication administration.
5. An adult must bring the medication to the school and pick up any outdated or unused medication.
6. All medications will be kept in a secure place. Any special instructions for storage or security measures must be written by the provider and given to school personnel. Students carrying and administering their own medications must have prescriber and parent/guardian written authorization.
7. A new medication authorization form must be completed for any change in dose, time, or method. It will be valid for the current school year or until a discontinuing date listed by the prescribing individual.

References: California Education Code Section: 49423 Medication at School; 49480 Continuing Medication. Business and Professions Code: 2725 Verbal Orders; Definition of a Physician; Definition of a lawful prescription; 4051 Restrictions on furnishing medications without prescription.





Salinas City Elementary School District

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
Número de la escuela: _____ Fax: _____ Nombre del maestro: _____ Grado: _____

De acuerdo con la sección 49423 del Código de Educación de California, todos los estudiantes que reciben medicamentos en la escuela requieren una autorización de medicamentos que debe ser completado por un médico con licencia de California u otro proveedor de atención médica que tenga la autoridad para recetar medicamentos en el estado de California. La información solicitada en este formulario es necesaria para cumplir con la ley y para asegurar protección adecuada para los estudiantes. Si alguna de las condiciones de esta autorización cambia, el padre y el proveedor de atención médica deben completar y firmar un nuevo formulario.

Este formulario es válido para el año escolar desde _____ al _____.

SECCIÓN DE PADRES

Yo, el abajo firmante como padre/tutor legal de _____ (nombre del estudiante)
_____ (fecha de nacimiento) autorizo a la enfermera de la escuela, u otro personal escolar designado por el director de la escuela, a administrar los siguientes medicamentos a mi hijo como prescrito en esta autorización y de acuerdo con la ley de California como se menciona a continuación. También autorizo, según sea necesario, el intercambio de información relacionada con la salud de mi hijo sobre asuntos relacionados con este medicamento, entre la enfermera de la escuela (o su designado) y el proveedor de atención médica que se indica a continuación. Cumpliré con los procedimientos enumerados en la segunda página de este formulario relacionados con la administración de medicamentos en la escuela.

Fecha: _____ Firma del Padre / Tutor: _____ Número de teléfono: _____

PROVIDER SECTION: To be completed by an authorized health care provider

Diagnosis/Condition _____

I hereby instruct a designated school staff member to assist the above student in taking:

Medication	Dose	Method of Administration	Time to be given	Frequency
1. _____				
2. _____				

Discontinue Medication # 1 (date) _____ Discontinue Medication # 2 (date) _____

Other medications taken by this student: _____

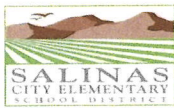
Health Care Provider's Name (printed) _____ Signature _____

MD/DO/DDS/PA/NP CA License # _____

Physician's Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Reviewed by (Name of School Nurse): _____ Signature: _____ Date: _____



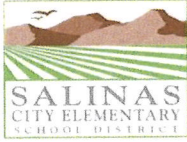


El procedimiento que abarque medicamentos con receta y sin receta se realizará en las siguientes condiciones:

1. Solo se pueden traer a la escuela los medicamentos recetados por el proveedor de atención médica del estudiante que figura en este formulario.
También se requiere el permiso por escrito de los padres.
2. El estudiante deberá tomar el medicamento directamente de acuerdo con las instrucciones del proveedor que se enumeran en esta autorización.
3. Los medicamentos que se traigan a la escuela se le darán al estudiante de acuerdo con las disposiciones enumeradas en este formulario. El envase de la receta o del fabricante debe estar claramente etiquetado con:
 - El nombre del estudiante
 - El nombre del proveedor que prescribe
 - La farmacia que dispensó el medicamento o el fabricante
 - La potencia de los medicamentos y la cantidad a administrar (dosis)
 - El método de administración (oral, inhalado, tópico, etc.)
 - El momento específico y/o las situaciones específicas en las que se administra el medicamento.
 - Es posible que los padres quieran pedirle al farmacéutico un "empaque escolar": un recipiente separado etiquetado sólo para la dosis del horario escolar
4. Los padres/tutores deben proporcionar todos los materiales o equipos necesarios para la administración de medicamentos.
5. Un adulto debe traer el medicamento a la escuela y recoger cualquier medicamento vencido o sin usar.
6. Todos los medicamentos se mantendrán en un lugar seguro. Cualquier instrucción especial para el almacenamiento o medidas de seguridad debe ser escrita por el proveedor y entregada al personal de la escuela. Los estudiantes que lleven y administren sus propios medicamentos deben tener una autorización por escrito del prescriptor y del padre/tutor legal.
7. Se debe completar un nuevo formulario de autorización de medicamentos para cualquier cambio de dosis, hora o método. Será válido para el año escolar en curso o hasta la fecha de suspensión indicada por la persona que lo prescribe.

Referencias: Código de Educación de California Sección: 49423 Medicamentos en la Escuela; 49480 Medicación continua. Código de Negocios y Profesiones: 2725 Órdenes Verbales; Definición de Médico; Definición de prescripción lícita; 4051 Restricciones al suministro de medicamentos sin receta.





Salinas City Elementary School District

Student Self Administration Procedure At School

Students who need medication while at school may carry emergency medication (such as asthma inhalers, insulin, and Epi-pens) and self-administer such medication under the supervision of school personnel, provided the following conditions are met:

1. The medication is necessary to the student's health and must be taken during school hours. A Medication at School form must be completed also.
2. Parent has reviewed with the student the importance of a secure storage place for medication, not to share any medication with others, and to report to school authorities immediately if medication is lost or misplaced.
3. The student is physically, mentally, and behaviorally capable to assume that responsibility and has been adequately instructed at home.
4. The student agrees to inform his/her teacher and/or the office staff whenever medication is self-administered.
5. Parent understands there will be no medication record of doses received other than what the student provides.
6. Parent will provide a back-up medication unit to be stored in the school health room.
7. Salinas City Elementary School District retains the right to confiscate medications that are misplaced or places the safety of other students at risk.

I request that my child, _____, be allowed to self-administer this medication: _____. All medication will be furnished by me, and is to be in the original container from a pharmacy with the label intact.

I understand that my signature on this form constitutes a waiver for any liability that may arise in the administering of this procedure at school.

SIGNATURE OF PARENT(S) OR GUARDIAN

DATE

SIGNATURE OF STUDENT

DATE

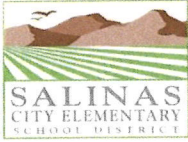
SIGNATURE OF PRINCIPAL

DATE

SIGNATURE OF PHYSICIAN

DATE

THIS REQUEST WILL EXPIRE AT THE END OF THE CURRENT SCHOOL YEAR



Salinas City Elementary School District

Procedimiento de escuela de administración propia

Los estudiantes que necesiten medicamentos mientras están en la escuela pueden llevar medicamentos de emergencia (como inhaladores para el asma, insulina y Epi-pens) y autoadministrarse dichos medicamentos bajo la supervisión del personal escolar, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. El medicamento es necesario para la salud del estudiante y debe tomarse durante el horario escolar. También se debe completar un formulario de Medicamentos en la escuela.
2. El padre ha repasado con el estudiante la importancia de un lugar seguro para guardar los medicamentos, no compartir ningún medicamento con otros e informar a los administradores escolares de inmediato si el medicamento se pierde o se extravía.
3. El estudiante es físicamente, mentalmente y conductualmente capaz de asumir esa responsabilidad y ha sido instruido adecuadamente en casa.
4. El estudiante se compromete a informar a su maestro y/o al personal de la oficina siempre que el medicamento sea autoadministrado.
5. Los padres entienden que no habrá un registro de medicamentos de las dosis recibidas que no sean las proporcionadas por el estudiante.
6. Los padres proporcionarán una unidad de medicamentos de respaldo para almacenar en la oficina de salud de la escuela.
7. Salinas City Elementary School District tiene el derecho de confiscar medicamentos que se extravíen o pongan en riesgo la seguridad de otros estudiantes.

Solicito que se permita a mi hijo, _____, autoadministrarse este medicamento: _____. Todos los medicamentos serán proporcionados por mí y deben estar en el envase original de una farmacia con la etiqueta intacta.

Entiendo que mi firma en este formulario constituye una renuncia a cualquier responsabilidad que pueda surgir en la administración de este procedimiento en la escuela.

_____	_____
FIRMA DEL PADRE (S) O TUTOR	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL ESTUDIANTE	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL DIRECTOR	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA

ESTA SOLICITUD EXPIRA AL FINAL DEL CICLO ESCOLAR ACTUAL