

**BURBANK UNIFIED SCHOOL DISTRICT
DEPARTMENT OF STUDENT SERVICES
HEALTH SERVICES**

**REQUEST FOR ASSISTANCE WITH MEDICATION DURING REGULAR SCHOOL DAY
SOLICITUD DE ASISTENCIA CON MEDICAMENTOS DURANTE EL DÍA ESCOLAR REGULAR**

**TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN:
PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:**

Last Name of Pupil (Nombre Ultimo)	First Name (Primero)	Sex (Sexo)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	School (Escuela)
---------------------------------------	-------------------------	---------------	--	---------------------

The above-named pupil is required to take medication prescribed by a physician during the regular school day. I request that designated School District personnel assist my child in taking the medication in accordance with the instructions provided below by the physician. I authorize the District to communicate with the physician below regarding my child's medical condition and/or the medication prescribed for the condition.

Se necesita mi hijo / hija a tomar la medicación prescrita por un médico durante el horario escolar regular. Solicito que el personal del Distrito Escolar designadas ayudar a mi hijo a tomar el medicamento de acuerdo con las instrucciones proporcionadas a continuación por el médico. Yo autorizo al Distrito para comunicarse con el médico sobre la condición médica de mi hijo y / o la medicación prescrita para la condición.

Date (Fecha)	() Telephone (Teléfono)	Signature of Parent/Guardian (Firma de Padre o Tutor)
-----------------	--------------------------------	--

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN:

Purpose of Medication	Name of Medication
-----------------------	--------------------

Dosage Prescribed	Time Schedule	Dose Form (tablet, liquid, etc.)
-------------------	---------------	----------------------------------

Date of Prescription	Length of time this medication will be necessary
----------------------	--

Precise method of administering medication: _____

DESCRIBE PRECAUTIONS, SPECIAL INSTRUCTIONS, POSSIBLE ADVERSE SIDE EFFECTS, OR OTHER COMMENTS (PLEASE INCLUDE STORAGE INSTRUCTIONS):

The pupil named above for whom this medication is prescribed is under my care.

Print name of physician	Signature of physician
-------------------------	------------------------

Address	() Telephone	Date
---------	------------------	------

THIS REQUEST EXPIRES AT THE END OF THE SCHOOL YEAR IN WHICH MADE

IMPORTANT NOTICE TO PARENTS/GUARDIANS!

UPON THE SIGNED WRITTEN REQUEST OF A PARENT OR LEGAL GUARDIAN, DISTRICT PERSONNEL MAY ASSIST A PUPIL TO TAKE PRESCRIBED MEDICATIONS DURING THE REGULAR SCHOOL DAY ONLY UNDER ALL OF THE FOLLOWING CONDITIONS:

1. The parent or legal guardian of the child requests that during school hours District personnel assist the pupil in taking medication which is prescribed by a licensed physician. The request must be filed with the school site administrator or school nurse.
2. The prescribing physician completes a signed statement which details the method, dosage, amount, dose form and time schedules by which such medication is to be taken as well as the name of the medication, purpose of the medication, date of the prescription, date of expiration, and length of time medication will be necessary.
3. The parent or legal guardian of the pupil consents in writing to contract the prescribing physician relevant to the medical condition or medication and instructs the physician to answer any questions posed by District personnel regarding the medical condition or the medication prescribed for that condition.
4. The parent or legal guardian is solely responsible for supplying all medication with which assistance is requested:
 - a. No prescribed medications may be brought to school by pupils.
 - b. Parents or guardians shall deliver or cause to be delivered by an adult or an authorized employee of a pharmaceutical supplier, any prescribed medications to be administered under the provisions of this policy.
 - c. Each medication must be contained in a separate container which clearly identifies the number of pills, capsules, or dosage contained therein.
5. Whenever possible the parent or legal guardian should come to school to administer the medication.
6. The student may carry inhaler if conditions in #2 and #3 above are met.

NOTICE – PLEASE READ BEFORE SIGNING REQUEST

A DISTRICT SCHOOL NURSE OR A HEALTH ASSISTANT IS NOT ALWAYS PRESENT AT THE SCHOOL SITE AT ALL TIMES OR ON ALL DAYS WHEN SCHOOL IS IN SESSION. THEREFORE, BECAUSE EMERGENCY ASSISTANCE MAY BE PROVIDED BY NON-MEDICALLY TRAINED DISTRICT PERSONNEL, PARENTS/GUARDIANS MUST ASSURE THAT THE INSTRUCTIONS PROVIDED BY THE PHYSICIAN IS COMPLETE, PRECISE, AND LEGIBLE. THE DISTRICT IS NOT RESPONSIBLE FOR NOTIFYING PARENTS/GUARDIAN BEFORE OR AFTER THE PRESCRIBED MEDICATION IS DEPLETED OR THE EXPIRATION DATE OCCURS. THIS REQUEST FOR DISTRICT ASSISTANCE WILL EXPIRE AT THE END OF THE SCHOOL YEAR IN WHICH IT IS PROVIDED.

AVISO IMPORTANTE PARA PADRE/TUTORES!

A PETICIÓN ESCRITO FIRMADO DE UN PADRE O TUTOR LEGAL, EL PERSONAL DEL DISTRITO PUEDE AYUDAR A UN ALUMNO A TOMAR LOS MEDICAMENTOS RECETADOS DURANTE EL DÍA ESCOLAR REGULAR SOLAMENTE CON TODOS LOS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. El padre o tutor legal del niño solicita que el personal de la escuela durante la hora del Distrito ayudan al alumno en la toma de medicamentos que sean recetados por un médico autorizado. La solicitud debe ser presentada ante el administrador de la escuela o la enfermera de la escuela.
2. El médico que prescribe completa una declaración firmada que detalla el método, la dosis, cantidad, forma de dosificación y el horario en el que dicho medicamento se debe tomar, así como el nombre del medicamento, el propósito del medicamento, la fecha de la prescripción, fecha de expiración, y la longitud de la medicación tiempo será necesario.
3. El padre o tutor legal del alumno consiente por escrito para la contratación del médico prescriptor relevante para la condición médica o medicamentos y encarga al médico para responder a cualquier pregunta que plantea el personal del Distrito con respecto a la condición médica o el medicamento recetado para esa condición.
4. El padre o tutor legal es el único responsable por el suministro de todos los medicamentos con los que se solicita la ayuda:
 - a. No hay medicamentos recetados pueden ser llevados a la escuela por los alumnos.
 - b. Los padres o tutores expedirán o harán que se entregarán por un adulto o un empleado autorizado de un proveedor de productos farmacéuticos, los medicamentos prescritos para ser administrado bajo las disposiciones de esta política.
 - c. Cada medicamento tiene que estar contenido en un recipiente separado que identifica claramente el número de pastillas, cápsulas, o formas de dosificación que figuran en él.
5. Siempre que sea posible los padres o tutores legales deben venir a la escuela para administrar el medicamento.
6. El estudiante puede llevar consigo el inhalador cuando se cumplan las condiciones en # 2 y # 3.

AVISO – POR FAVOR LEER ANTES DE SOLICITUD DE CANTO

UNA ENFERMERA DE LA ESCUELA DEL DISTRITO O UN ASISTENTE DE SALUD NO SIEMPRE ESTÁ PRESENTE EN EL SITIO DE LA ESCUELA EN TODO MOMENTO O EN TODOS LOS DÍAS EN QUE LA ESCUELA ESTÁ EN SESIÓN. POR LO TANTO, DEBIDO A LA ASISTENCIA DE EMERGENCIA PUEDE SER PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DEL DISTRITO NO CON FORMACIÓN MÉDICA, LOS PADRES / TUTORES DEBEN ASEGURAR QUE LAS INSTRUCCIONES PROPORCIONADAS POR EL MÉDICO ES COMPLETA, PRECISA Y LEGIBLE. EL DISTRITO NO ES RESPONSABLE DE NOTIFICAR A LOS PADRES / TUTORES ANTES O DESPUÉS DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA ESTÁ AGOTADO O LA FECHA DE CADUCIDAD SE PRODUCE. ESTA SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL DISTRITO EXPIRARÁ AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR EN EL QUE SE PROPORCIONA.