



# North Monterey County Unified School District

Health Services ♦ (831) 633-5221 ext. 3394 ♦ Fax: (831) 633-2520 ♦ 13990 Castroville Blvd. ♦ Castroville, California 95012

## PERMISSION TO ADMINISTER MEDICATION DURING SCHOOL HOURS (CEC 49423)

This form must be completed fully in order for schools to administer the required medication. **A new form must be completed each school year for each medication** as well as whenever there is a change in: the pupil's authorized health care provider, or a change in the medication dosage, method by which the medication is required to be taken, or date(s) or time(s) the medication is required to be taken. This form is valid for the school year 20\_\_\_\_ to 20\_\_\_\_.

\*\*\*\*\*

Full Name of Student \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

### HEALTH CARE PROVIDER (HCP) AUTHORIZATION

Medication Name: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

☐ Tablet/Capsule ☐ Liquid ☐ Injection ☐ Topical ☐ Inhaler ☐ Nebulizer ☐ Rectal

Time(s) to be given at school: \_\_\_\_\_ ☐ AM ☐ PM If PRN, frequency: \_\_\_\_\_

Health Condition: \_\_\_\_\_

Relevant side effects: \_\_\_\_\_ How soon can dose be repeated? \_\_\_\_\_

Medication shall be administered from: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ☐ Remainder of school year  
Month/Day/Year Month/Day/Year

Additional Instructions: \_\_\_\_\_

**\*This student may:** ☐ carry this medication on his/her person ☐ self-administer medication

Prescriber's Name/Title: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Prescriber's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\*If carry and/or self-administering marked above:** This student has been instructed in the proper administration of this medication, understands the appropriate dosage and possible side effects, and is competent to safely self-administer this medication per the HCP's instructions above.

\*\*\*\*\*

### Parent/Guardian Authorization

I authorize school personnel to administer the above medication to my child per the instructions of the above HCP. I give my consent for exchange of information directly between the HCP or dispensing pharmacist and North Monterey County U.S.D. School Nurse or designee, regarding the above medication.

I understand and agree to the following responsibilities regarding medication administration:

1. All medication must be in a container labeled by the pharmacist or health care provider.
2. An adult must bring the medication to the school and pick up any outdated or unused medication.
3. Pill splitting must be done by parent/guardian prior to providing medication to school officials.
4. Parents/Guardians must provide all materials or necessary equipment (e.g.: measuring spoon) for medication administration.
5. Parents will notify the school nurse or designee and provide new consent if there are any changes to the above authorization.

**\* IF carry/self-administer is marked above:** I give permission for my child to carry and/or self-administer the above medication as directed by the HCP. If self-administering, I agree that my child has been trained and is competent to self-administer this medication. I understand this permission to carry and/or self-administer medication may be revoked by the school district if my child does not follow Universal Precautions, if my child is observed misusing the medication or medication supplies, or if having the student carry/administer this medication on campus creates an unsafe situation for students, staff, or visitors to the school campus. I release the school district and school personnel from civil liability if my child suffers an adverse reaction as a result of the above-named medication being self-administered during school hours.

Parent/Guardian (*Print*) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent/Guardian (*Signature*) \_\_\_\_\_ Other Phone \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# North Monterey County Unified School District

Health Services ♦ (831) 633-5221 ext. 3394 ♦ Fax: (831) 633-2520 ♦ 13990 Castroville Blvd. ♦ Castroville, California 95012

**PERMISO PARA SUMINISTRAR MEDICINAS DURANTE HORARIO ESCOLAR** (CEC 49423) Este formulario debe ser completado totalmente para que las escuelas suministren el medicamento requerido. **Un nuevo formulario de permiso para medicinas debe ser completado cada año escolar** para cada medicamento y cada vez que haya un cambio de: proveedor de servicios de la salud autorizado por el alumno, o un cambio en la dosis del medicamento, o en el método necesario para tomar la medicina, o en la fecha o la hora que se requiere tomar la medicina. Esta forma es válida para el año escolar 20\_\_ a 20\_\_.

\*\*\*\*\*

Nombre Completo del Estudiante \_\_\_\_\_

Cumpleaños \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

## **HEALTH CARE PROVIDER (HCP) AUTHORIZATION** / *Autorización del Proveedor de Servicios de Salud (HCP)*

Medication Name: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

☐ Tablet/Capsule    ☐ Liquid    ☐ Injection    ☐ Topical    ☐ Inhaler    ☐ Nebulizer    ☐ Rectal

Time(s) to be given at school: \_\_\_\_\_ ☐ AM ☐ PM    If PRN, frequency: \_\_\_\_\_

Health Condition: \_\_\_\_\_

Relevant side effects: \_\_\_\_\_ How soon can dose be repeated? \_\_\_\_\_

Medication shall be administered from: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ☐ Remainder of school year

Month/Day/Year

Month/Day/Year

Additional Instructions: \_\_\_\_\_

**\*This student may:** ☐ carry this medication on his/her person    ☐ self-administer medication.

(Permiso para llevar consigo mismo y/o auto suministrarse medicamentos)

Prescriber's Name/Title: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Prescriber's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Dr. /Clinic Stamp

**\*If carry and/or self-administering marked above:** This student has been instructed in the proper administration of this medication, understands the appropriate dosage and possible side effects, and is competent to safely self-administer this medication per the HCP's instructions above.

\*\*\*\*\*

## **Autorización de los Padres/Tutores**

Yo autorizo al personal de la escuela para que le suministre el medicamento mencionado a mi hijo/a siguiendo las instrucciones del Proveedor de Servicios de Salud indicado arriba. Yo doy mi consentimiento para que se intercambie información directamente entre el Proveedor de Servicios de Salud (HCP) indicado arriba o el farmacéutico y la enfermera del Distrito Escolar Unificado del Condado Norte de Monterey, con respecto a la medicina mencionada.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes responsabilidades referentes a la administración de medicamentos:

1. Todas las medicinas con receta deben estar dentro de un recipiente etiquetado por el farmacéutico o proveedor de servicios de salud.
2. Un adulto debe llevar el medicamento a la escuela y recoger cualquier medicamento que ya haya caducado o que no se haya usado.
3. Si las pastillas deben cortarse, eso lo deberán hacer los padres de familia/tutor antes de entregarle el medicamento a los funcionarios de la escuela.
4. Los padres/tutores tienen que proporcionar todos los materiales o equipo necesario (ej.: cuchara medidora) para suministrar el medicamento.
5. Si es que surge cualquier cambio en la autorización mencionada arriba, los padres/tutores notificarán a la enfermera del distrito o al designado y proveerán nuevos consentimientos.

**\* Permiso para llevar consigo mismo y/o auto suministrarse medicamentos:** Yo le doy mi permiso a mi hijo/a para que lleve con él(la) y se auto suministre el medicamento indicado por el HCP. Yo estoy de acuerdo que mi hijo/a ha sido adiestrado/a y está competente para auto suministrarse este medicamento. Yo entiendo que el distrito escolar podría revocar este permiso de llevar consigo y auto suministrarse el medicamento si mi hijo/a no sigue las Precauciones Universales, si mi hijo/a es observado usando inapropiadamente el medicamento o los suministros médicos que le acompañan, o si el hecho de que el estudiante lleva este medicamento en la escuela crea una situación peligrosa para otros estudiantes, el personal o a visitantes a la escuela. Yo exonero al distrito escolar y al personal de la escuela de responsabilidad civil si mi hijo/a sufre una reacción adversa como consecuencia de la administración del medicamento durante las horas escolares.

Nombre del Padre/Tutor (**Letra de Molde**) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (**Firma**) \_\_\_\_\_

Otro Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_