

STUDENT SERVICES
OCEANSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 2080 MISSION AVENUE, OCEANSIDE CA 92058
 (760) 966-4000

Authorization to Carry Medication on Self

Middle/High School

Name: _____

School: _____

Grade: _____

<p>Generally medication taken by student at school is kept in health office because :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. There is the danger of an unauthorized student taking the medication, using it, and having a serious allergic reaction. 2. Overuse by the student for whom the medication is prescribed could cause serious effects, or could render the medication ineffective due to an increase in tolerance. <p>In some cases, a student may need to carry medication on self.</p> <p>If this is the case, we request that the doctor and the parent sign the statements below.</p> <p><input type="checkbox"/> Doctor's Statement:</p> <p>_____</p> <p style="margin-left: 20px;">Name of Medication</p> <p>Doctor's statement of need for student to carry medication at school or on athletic/field trips and it's the doctor's opinion that the student is physically, mentally and behaviorally capable and responsible to self-administer medication at school. Student is aware of correct dosage and what constitutes over-use of this medication.</p> <p>_____ Doctor's Signature Date</p> <p><input type="checkbox"/> Parent/Guardian's Request:</p> <p>Parent/guardian requests that the above student be allowed to carry medication at school or on athletic/field trips. In making this request, I understand that there is a potential danger of misuse of this medication by my child or another student and I assume liability for medical injury associated with unauthorized use. It is also my opinion that student is physically, mentally and behaviorally capable and responsible to self administer medication at school. I have adequately instructed my child in the proper administration of his medication.</p> <p>_____ Signature of Parent/Guardian Date</p>	<p>Por lo general, el medicamento tomado por un estudiante en la escuela se guarda en la enfermería por las razones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe el peligro de que un estudiante tome o use un medicamento sin autorización, y esto le cause una reacción alérgica grave. 2. El uso excesivo del medicamento por el estudiante a quien se le recetó pudiera causarle efectos secundarios graves, o el medicamento pudiese perder su eficacia debido a un aumento de tolerancia al mismo. <p>En pocos y raros casos, la condición médica del estudiante hace indispensable que él/ella traiga consigo el medicamento.</p> <p>Si éste es el caso, pedimos que por favor el médico y el padre o tutor firmen las declaraciones siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración del médico:</p> <p>_____</p> <p style="margin-left: 20px;">Nombre del medicamento</p> <p>Declaración del médico referente a la necesidad del estudiante de traer consigo medicamento en la escuela o en los viajes de estudio/atletismo y que en la opinión del médico, el estudiante tiene la capacidad física y mental de administrarse a sí mismo el medicamento en la escuela. El estudiante está informado de la dosis correcta y lo que constituye uso excesivo del medicamento.</p> <p>_____ Firma del médico Fecha</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitud del Padre o Tutor:</p> <p>El padre o tutor solicita que el estudiante arriba mencionado tenga permitido traer consigo medicamento en la escuela o en los viajes de estudio/atletismo. Al hacer esta solicitud, entiendo que existe el peligro del uso inadecuado de este medicamento por parte de mi hijo(a) u otro estudiante y yo que asumo la responsabilidad por los daños médicos causados debido al uso sin autorización del medicamento. También, en mi opinión, el estudiante tiene la capacidad física y mental de administrarse a sí mismo el medicamento en la escuela. He dado instrucciones a mi hijo(a) sobre la administración adecuada de este medicamento.</p> <p>_____ Firma del padre/madre/tutor Fecha</p>
--	---