MEDICATION AT SCHOOL FORM

Student Name:_____ **DOB:** _____Teacher: _____
Parent/Guardian Name: _____ **Phone:** _____ Grade: _____

The California Education Code defines certain requirements for administration of medication in the school setting, including field trips and after school programs. A student can be allowed medication in the school setting if a Medication at School form has been completed and signed by parent and physician annually. If there is a change in the student's health status or medication regime the parent must notify the school immediately. Medication must be sent to school in the original pharmacy container and clearly labeled with the student's name. **No medications (including over-the-counter medications) will be given at school without a current Doctor's prescription.**

PARENT'S REQUEST

We the undersigned, who are parent/guardian of the above named student, request that the school nurse or designated school personnel assist the pupil, when necessary, in the matter set forth by the physician's orders. We hereby consent to self-administration, if authorized by the physician. Furthermore, we consent to appropriate school personnel consulting with the student's physician regarding the medication, if necessary. In the event of an untoward or subsequent reaction or any other damages or injuries suffered or incurred as a result of the student's self-administration of medication, our/my signature below constitutes a full waiver, release and hold harmless of the district and school personnel from any and all civil liability related to such claims.
This authorization is good for one year from the signature date.

Date: _____ **Parent/Guardian Signature:** _____

PHYSICIAN'S ORDERS

	Medication	Dosage	Time given daily or as needed	Route	Condition/Diagnosis
1.					
2.					
3.					

- For student's with an inhaler or Epinephrine Auto-Injectors or other medications approved by the physician only, the Student is allergic to: _____
- If prescribing Asthma Inhaler/Auto-Injectable Epinephrine, Glucagon or Baqsimi:
  Does the student need to carry these medications on campus? Yes _____ No _____
- I have instructed the student in the proper way to use their Inhaler or Auto-Injector, including proper administration technique.
- It is my professional opinion that the student is able to self-administer the medication and should be allowed to carry and use these medications on campus.

Physician's Name (printed): _____ **Date:** _____

Physician's Signature: _____ **NPI Number:** _____
Address: _____ **Phone:** _____
School Name: _____ Phone: _____ FAX: _____
School Nurse: _____ Date: _____ Updated 04/2023

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del/la Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ Maestro(a): _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ **Teléfono:** _____ Grado: _____

El Código de Educación de California define ciertos requisitos para la administración de medicamentos en el entorno escolar, incluidas las excursiones y los programas extracurriculares. A un estudiante se le puede permitir tomar medicamentos en el entorno escolar si un Formulario de Medicamentos en la Escuela ha sido completado y firmado por el padre, la madre y el médico anualmente. Si hay un cambio en el estado de salud o el régimen de medicamentos del/la estudiante, los padres deben notificar a la escuela de inmediato. El medicamento debe enviarse a la escuela en el envase original de la farmacia y claramente etiquetado con el nombre del/la estudiante. **No se administrarán medicamentos (incluidos los medicamentos de venta libre) en la escuela sin una receta médica actual.**

SOLICITUD DE LOS PADRES

Nosotros, los que firmamos abajo, que somos padres/tutores del estudiante mencionado anteriormente, solicitamos que la enfermera escolar o el personal escolar designado ayuden al/la estudiante, cuando sea necesario, con asuntos relacionados con las órdenes del médico. Por la presente damos nuestro consentimiento para la auto-administración, si lo autoriza el médico. Además, aceptamos que el personal escolar apropiado consulte con el médico del/la estudiante con respecto al medicamento, si es necesario. En el caso de una reacción adversa o posterior o cualquier otro daño o lesión sufrida o incurrida como resultado de la auto-administración del medicamento por parte del/la estudiante, nuestra/mi firma a continuación constituye una renuncia total, liberación y exoneración de responsabilidad del personal del distrito y de la escuela de toda responsabilidad civil relacionada con dichas reclamaciones.
Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma.

Fecha: _____ **Firma de Padre/Madre o Tutor:** _____

ÓRDENES DEL MÉDICO

	Medicamento	**Dosis**	**Horario en que se da diariamente o según sea necesario**	**Vía**	**Condición/Diagnóstico**
1.					
2.					
3.					

- Para estudiantes que tienen un inhalador o autoinyectores de epinefrina u otros medicamentos aprobados únicamente por el médico, el/la estudiante es alérgico(a) a: _____
- Si se receta un inhalador para el asma/epinefrina autoinyectable, glucagón o baqsimi:
  ¿El/la estudiante necesita tener estos medicamentos en la escuela? Sí _____ No _____
- He instruido al/la estudiante sobre la forma correcta de usar su inhalador o autoinyector, incluida la técnica de administración adecuada.
- Es mi opinión profesional que el/la estudiante puede auto-administrarse el medicamento y se le debe permitir llevar y usar estos medicamentos en la escuela.

Nombre del médico (impreso): _____ **Fecha:** _____

Firma del médico: _____ **Número de NPI:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____
Nombre de Escuela: _____ Teléfono: _____ # de FAX: _____
Enfermero(a) de la Escuela: _____ Fecha: _____ Actualizado: 04/2023

ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਦਵਾਈ ਦਾ ਫਾਰਮ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ:_____ ਜਨਮ ਤਰੀਕ:_____ਅਧਿਆਪਕ:_____
ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ: _____ਫ਼ੋਨ:_____ਗ੍ਰੇਡ: _____

ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਐਜੂਕੇਸ਼ਨ ਕੋਡ ਸਕੂਲ ਦੀ ਸੈਟਿੰਗ ਵਿੱਚ ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਲਈ ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਫੀਲਡ ਟ੍ਰਿਪ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਦਵਾਈ ਦਾ ਫਾਰਮ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮਾਪਿਆਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਸਾਲਾਨਾ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਦੇ ਮਾਹੌਲ ਵਿੱਚ ਦਵਾਈ ਲੈਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਦੇ ਨਿਯਮ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਦਵਾਈ ਅਸਲ ਫਾਰਮੇਸੀ ਕੰਟੇਨਰ ਵਿੱਚ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਭੇਜੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਨਾਮ ਨਾਲ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੇਬਲ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੌਜੂਦਾ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੇ **(prescription)** ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਦਵਾਈਆਂ (ਓਵਰ-ਦ-ਕਾਊਂਟਰ ਦਵਾਈਆਂ ਸਮੇਤ) ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ।

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਬੇਨਤੀ

ਅਸੀਂ, ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰਕਰਤਾਵਾਂ ਵਜੋਂ, ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਸਕੂਲ ਦੀ ਨਰਸ ਜਾਂ ਮਨੋਨੀਤ ਸਕੂਲ ਕਰਮਚਾਰੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਸਵੈ-ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ, ਜੇਕਰ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਅਸੀਂ ਇਸ ਗੱਲ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ, ਢੁਕਵੇਂ ਸਕੂਲ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਵਾਈ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕਰਨ। ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੁਆਰਾ ਦਵਾਈ ਦੇ ਸਵੈ-ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਅਣਸੁਖਾਵੀਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂ ਸੱਟਾਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਾਡੇ/ਮੇਰੇ ਦਸਤਖਤ ਅਜਿਹੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਸਿਵਲ ਦੇਣਦਾਰੀ ਤੋਂ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਛੋਟ, ਰਿਹਾਈ, ਅਤੇ ਹਾਨੀ ਰਹਿਤ ਰੱਖਣ ਦਾ ਗਠਨ ਕਰਦੇ ਹਨ।
ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਪੂਰੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਲਈ ਵਧੀਆ ਹੈ।

ਤਰੀਕ: _____ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____

ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਆਦੇਸ਼

	ਦਵਾਈ	ਖੁਰਾਕ	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸਮਾਂ ਜਾਂ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ	ਰੂਟ	ਕੰਡੀਸ਼ਨ/ਡਾਇਗਨੋਸੀਸ
1.					
2.					
3.					

- ਉਹਨਾਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਇਨਹੇਲਰ ਜਾਂ ਆਟੋ-ਇੰਜੈਕਟਡ ਏਪੀਨੇਫ੍ਰੀਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈਆਂ ਹਨ, ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੈ:_____
- ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੇ ਅਸਥਮਾ ਇਨਹੇਲਰ/ਆਟੋ-ਇੰਜੈਕਟੇਬਲ ਏਪੀਨੇਫ੍ਰੀਨ, ਗਲੂਕਾਗਨ ਜਾਂ ਬੈਗਾਸੇਮੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ:
  ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਇਹ ਦਵਾਈਆਂ ਕੈਂਪਸ ਵਿੱਚ ਲੈ ਕੇ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਹਾਂ _____ ਨਹੀਂ _____
- ਮੈਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਇਨਹੇਲਰ ਜਾਂ ਆਟੋ-ਇੰਜੈਕਟਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਦੀ ਸਹੀ ਵਿਧੀ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
- ਇਹ ਮੇਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਰਾਏ ਹੈ ਕਿ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਵਾਈ ਦਾ ਸਵੈ-ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕੈਂਪਸ ਵਿੱਚ ਇਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਲਿਜਾਣ ਅਤੇ ਵਰਤਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ): _____ਤਰੀਕ: _____

ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ **NPI** ਨੰਬਰ: _____
ਪਤਾ: _____ ਫੋਨ: _____
ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਫੋਨ: _____ ਫੈਕਸ: _____
ਸਕੂਲ ਨਰਸ: _____ਤਰੀਕ: _____ ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ 04/2023