



SOUTH SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
398 B Street, South San Francisco, CA 94080-4423
(650) 877-8700 / Fax (650) 583-4717
www.ssfusd.org

The attached forms are to be completed each year by the student's parent/guardian and doctor for any child taking medication at school. This form also instructs school personnel on how to care for your child in the event of a medical emergency at school due to a medical condition.

GUIDELINES FOR MEDICATIONS AT SCHOOL
Education Code 49423

1. The students' parent/guardian must submit a completed and signed medication order for all medications used at school (including prescription and over-the-counter) from the physician. The parent/guardian must also submit a signed statement requesting school personnel to assist the student in following the physician's instructions.
2. All medications including over-the counter and prescriptions must be dropped off in their original unopened containers and not past the expiration date. Prescription medications must be in the original prescription container with the **pharmacy label**.
3. Students are allowed to self-carry and/or self-administer EpiPens and Asthma medication only if the physician selects "Yes" in the self-carry/self-administer section and the parent/guardian signs the self-carry/self-administer parent section.
4. This form must be completed annually by the physician and parent/guardian, and each time there is a change in medication and/or dosage.
5. On the last day of school, pick up your child's medication from the school Health Office.
Medications left after the last day of school will be disposed of properly and protected health information will be destroyed.

Thank you for your cooperation,

Health Services Department
Kai Angelot, RN kaiangelot@ssfusd.org
Marissa Meyer, RN marissameyer@ssfusd.org
Mayura Vali, RN mayuravali@ssfusd.org
School District Nurses
Office phone: 650-827-8479



SOUTH SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
398 B Street, South San Francisco, CA 94080-4423
(650) 877-8700 / Fax (650) 583-4717
www.ssfusd.org

Emergency Medical Instructions & Hold Harmless Statement
To be completed by Healthcare Provider and Parent/Guardian

Student: _____ DOB: _____

Medical Diagnosis: _____

Medication Name (one per form): _____

Dosage: _____ Frequency: _____ Route: _____

Other course of action in emergency: _____

Self Carry and Self Administration: Specify if the student is able to self-carry and self-administer the above named medication (This option is only available for Asthma inhalers and EpiPens per Board Policy Regulation 5141.21)

Yes / No

By circling "Yes" above I certify that this student is responsible with this medication and mature enough to safely self-carry/self-administer. The student understands how to take the medication according to the above orders and will follow the health care provider's instructions.

I am a duly licensed Physician / Nurse Practitioner / Physician's Assistant in the state of California.

Name: _____ Date: _____ Phone number: _____

Signature: _____ Clinic name or stamp: _____

Parent/Guardian Signature

I, parent/guardian of the above named student, hereby indemnify and hold harmless from any and all demands, claims, actions, suits, or liability of any nature or kind, any and all personnel, employees, and agents of said district who may act pursuant to the above instructions or pursuant to the instructions of the student's health care provider.

Name: _____ Relationship: _____

Signature: _____ Date: _____

Self Carry and Self Administration

I, parent/guardian of the above named student, hereby allow my student to **self-carry and self-administer** the above medications as ordered by the health care provider. This option is only available for Asthma inhalers and EpiPens.

Medication Name (asthma inhaler or EpiPen): _____

Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: _____



Emergency Medical Instructions & Hold Harmless Statement
Parent/Guardian Signature only

I, the Parent / Guardian of _____ (student at South San Francisco Unified School District), in the event of any emergency affecting the health or welfare of said student hereby request and instruct the subject school to:

1. Immediately notify parent / guardian:
Name & phone: _____
Alternate name & phone: _____
2. Notify doctor:
Name & phone: _____
3. Transport to the following hospital: _____

Parent/Guardian Signature

I, parent/guardian of the above named student, hereby indemnify and hold harmless from any and all demands, claims, actions, suits, or liability of any nature or kind, any and all personnel, employees, and agents of said district who may act pursuant to the above instructions or pursuant to the instructions of the student's health care provider.

Name: _____ Relationship: _____

Signature: _____ Date: _____

Self Carry and Self Administration

I, parent/guardian of the above named student, hereby allow my student to **self-carry and self-administer** the above medications as ordered by the health care provider. This option is only available for Asthma inhalers and EpiPens.

Medication Name (asthma inhaler or EpiPen): _____

Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: _____



SOUTH SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
398 B Street, South San Francisco, CA 94080-4423
(650) 877-8700 / Fax (650) 583-4717
www.ssfusd.org

Los formularios adjuntos deben ser completados cada año por el padre / tutor del estudiante y el médico para cualquier niño(a) que tome medicamentos en la escuela. Este formulario instruye al personal de la escuela sobre cómo cuidar a su hijo(a) en caso de una emergencia médica en la escuela debido a una condición médica.

PAUTAS PARA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Código de Educación 49423

1. Los padres/tutor de los estudiantes deben presentar una orden de medicamentos completa y firmada para todos los medicamentos utilizados en la escuela (incluyendo la prescripción y el de venta libre) del médico. El padre/tutor también debe presentar una declaración firmada solicitando al personal de la escuela que ayude al estudiante a seguir las instrucciones del médico.
2. Todos los medicamentos, incluidos los de venta libre y las recetas, deben dejarse en sus envases originales sin abrir y no después de la fecha de caducidad. Los medicamentos recetados deben estar en el envase original con **la etiqueta de la farmacia**.
3. Se permite a los estudiantes portarse por sí mismos y/o autoadministrarse EpiPens and Asthma Medicamentos solo si el médico selecciona “Sí” en la sección de autoportación/autoadministración y el padre/tutor firma la sección de autoportación/autoadministración para padres.
4. Este formulario debe ser completado anualmente por el médico y el padre / tutor, y cada vez que haya un cambio en el medicamento y / o la dosis.
5. El último día de clases, recoja el medicamento de su hijo(a) de la Oficina de Salud de la escuela. **Los medicamentos dejados después del último día de clases serán desechados adecuadamente y la información de salud protegida será destruida.**

Gracias por su cooperación

Kai Angelot, RN kaiangelot@ssfusd.org
Marissa Meyer, RN marissameyer@ssfusd.org
Mayura Vali, RN mayuravali@ssfusd.org
Enfermeras escolares del distrito
Telefono: 650-827-8479



Instrucciones médicas de emergencia y declaración de exención de responsabilidad
A completar por el proveedor de atención médica y los padres / tutor

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico médico: _____

Nombre del medicamento (uno por formulario): _____

La dosis: _____ La frecuencia: _____ La ruta: _____

Otro curso de acción en caso de emergencia: _____

Autotransporte y autoadministración: Especifique si el estudiante puede autotransportar y autoadministrar el medicamento mencionado anteriormente (esta opción solo está disponible para inhaladores de asma y EpiPens según la normativa 5141,21 de la Junta) Si / No

Al dar un círculo de "Sí" arriba certifico que este estudiante es responsable con este medicamento y madura lo suficiente como para autotransportarse/autoadministrarse de forma segura. El estudiante entiende cómo tomar el medicamento de acuerdo con las órdenes anteriores y seguirá las instrucciones del proveedor de atención médica.

Soy un médico / enfermera practicante / asistente médico debidamente licenciado en el estado de California.

Nombre: _____ Fecha: _____ Numero de telefono: _____

Firma: _____ Nombre o sello de la clínica: _____

Firma de padre/tutor

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente indemnizo y exento de toda responsabilidad de cualquier y todas las demandas, reclamaciones, acciones, demandas o responsabilidad de cualquier naturaleza o tipo, todo el personal, empleados, empleados, etc. y agentes de dicho distrito que pueden actuar de acuerdo con las instrucciones anteriores o de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica del estudiante.

Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autotransporte y autoadministración:

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente permito que mi estudiante **se auto-lleve y auto-administre** los medicamentos anteriores según lo ordenado por el proveedor de atención médica. Esta opción solo está disponible para inhaladores de asma y EpiPens.

Nombre del medicamento (inhalador para el asma o EpiPen): _____

Nombre de padre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



Instrucciones médicas de emergencia y declaración de exención de responsabilidad
Solo firma de padre/tutor

Yo, el padre / guardián de _____ (estudiante en el Distrito Escolar Unificado del Sur de San Francisco), en caso de cualquier emergencia que afecte la salud o el bienestar de dicho estudiante por la presente, solicite e instruya a la escuela de la materia para:

1. Notifique inmediatamente al padre / tutor:

Nombre y teléfono: _____

Nombre alternativo y teléfono: _____

2. Notifique al médico:

Nombre y teléfono: _____

3. Transporte al siguiente hospital: _____

Firma de padre/tutor

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente indemnizo y exento de toda responsabilidad de cualquier y todas las demandas, reclamaciones, acciones, demandas o responsabilidad de cualquier naturaleza o tipo, todo el personal, empleados, empleados, etc. y agentes de dicho distrito que pueden actuar de acuerdo con las instrucciones anteriores o de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica del estudiante.

Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autotransporte y autoadministración:

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente permito que mi estudiante **se auto-lleve y auto-administre** los medicamentos anteriores según lo ordenado por el proveedor de atención médica. Esta opción solo está disponible para inhaladores de asma y EpiPens.

Nombre del medicamento (inhalador para el asma o EpiPen): _____

Nombre de padre: _____ Firma: _____ Fecha: _____