



Livermore Valley Joint Unified School District

Permission to Assist with Medication During School Hours

Please note that a new form is required each school year.

Pursuant to Education Code Section 49423, I authorize the teacher, principal, school nurse, health clerk, or other designated school personnel to administer medication to my child according to the prescription instructions provided by the authorized medical provider.

Student: _____ DOB: _____ Grade/Teacher: _____ School: _____

I UNDERSTAND AND AGREE TO THE FOLLOWING:

1. Provide medication in its original prescription container.
2. Immediately inform the school of any changes in medication/health status. Note: a new form will be required for dosage/medication/administration changes.
3. Assure that child takes responsibility for taking medication as prescribed.
4. Coordinate medication administration with teacher for all off campus events.
5. Pick up all medication at the end of the year. All medication left in the health office will be discarded after the last day of school.

I give my consent for the school nurse or designated school personnel to consult with the authorized medical provider regarding questions that may arise with regard to the medication listed below. I authorize the sharing of information between the health care provider and the school staff with regards to this medication and any health related issues. My signature below also permits the distribution of my students health history and school picture to those deemed necessary for his or her care during school hours.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS FORM.

Parent or Guardian Signature _____ Date: _____

TO BE COMPLETED BY AUTHORIZED MEDICAL PROVIDER:

The above mentioned student requires assistance during school hours with the following medication:

Name of Medication: _____

Route: _____

Dosage: _____

Instructions: _____

Authorized Medical Provider Signature: _____

Date: _____

Office Stamp:



Distrito Escolar Unificado Livermore Valley

Permiso para asistir con medicación a la escuela durante el horario escolar

Tenga en cuenta que cada año lectivo debe completar un nuevo formulario.

De acuerdo con la Sección 49423 del Código de Educación, autorizo al docente, director/a, enfermero/a escolar, funcionario/a de la salud o al miembro del personal escolar designado a administrar medicación a mi hijo/a según las instrucciones de la receta proporcionada por el proveedor de salud autorizado.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/Docente: _____ Escuela: _____

ENTIENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:

- 1) Proporcionar la medicación en su envase de receta original.
- 2) Informar a la escuela de inmediato si se produjeran cambios en la medicación o estado de salud. Nota: será necesario completar un nuevo formulario para los cambios en la dosis, medicación o administración.
- 3) Garantizar que el niño/a asume la responsabilidad de tomar la medicación según la receta.
- 4) Coordinar la administración de la medicación con el docente para todas las actividades fuera del campus.
- 5) Recoger toda la medicación al final del año lectivo. Toda la medicación restante que quede en la oficina de salud será descartada después del último día de escuela.

Autorizo que el proveedor de salud y el personal de la escuela compartan información con respecto a esta medicación y a cualquier asunto relacionado con la salud. Con mi firma a continuación, también autorizo la distribución de la historia clínica y la fotografía escolar de mi hijo/a a aquellas personas que se considere necesario para su cuidado durante el horario escolar.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SALUD:

El estudiante mencionado anteriormente requiere asistencia durante el horario escolar con la medicación siguiente:

Nombre de la medicación: _____

Ruta: _____

Dosis: _____

Instrucciones: _____

Firma del proveedor de salud: _____ Fecha: _____

Sello de la oficina: