Valid for:_____School Year

Natomas Unified School District
Connecting students to their future

HEALTH SERVICES
MEDICATION AUTHORIZATION

Student Name: _____ Date of Birth:_____ Grade: _____

School Name: _____ Teacher Name: _____

PARENT/GUARDIAN RESPONSIBILITIES AND STATEMENT

I, as a parent or legal guardian of the above-listed student, request and understand the following in accordance with California Education Code sections 49423-49423.5 and NUSD Board Policy Section 5141.21 for the student to take medication during school hours, school activities, and field trips:

My student will not be assisted with medication administration or be able to self-carry medication until all requirements are met.

- Prescription and nonprescription medications are not permitted to be taken at school without meeting the requirements below
- I will notify the school immediately if there are any changes in the medication order below. Any changes to the original form on file require a new form to be completed and turned in to the office before continued medication can be administered. I understand that this form must be completed annually, even when there are no changes to the medication order below.
- I understand that this request for medication administration can be terminated at any time or for otherwise assisting the student in the administration of medication at any time.
- I grant permission to health services staff to discuss with school personnel my student's health condition and medication.
- I grant permission to health services staff to communicate directly with my student's health care provider or pharmacist for clarification and further information regarding this medication.

Assistance by School Personnel:

I, as a parent or legal guardian, request that the district assist my student in taking the medication as prescribed by the Authorized Health Care Provider. I understand that a school nurse is not on campus daily, and in their absence, designated and trained school personnel will assist with the medication administration.

- I will ensure medication is delivered by an adult, in a properly labeled pharmacy bottle containing the name and telephone number of the pharmacy, the student's identification, name of the provider, medication name, route, dose, time, and expiration date.
- Medications under the jurisdiction of the Federal Controlled Substances Act (e.g., Ritalin and Phenobarbital) must be transported to and from school by parent/guardian or an adult parent/guardian designee. Controlled drugs shall be counted, upon their arrival in school, by the designated trained school staff in the presence of the parent/guardian. The date, number of pills, and the signature of the designated school staff shall be entered into the medication log.
- Medication will be taken to all school activities and field trips during school hours unless otherwise directed.

Self-Administer & Carry:

☐ **I DO** ☐ **I DO NOT** request, if agreed on by my student's authorized health care provider below, that my student be allowed to self-administer, monitor, or treat his/her existing medical condition. I understand the school will not be responsible for the loss or inappropriate use of carried medication. I release the school district and school personnel from civil liability if the student suffers from any adverse reaction by taking self-administered medication. Sharing of medication with other students will result in disciplinary action.

_____	_____	_____
Signature of Parent/Legal Guardian	Printed Name	Date

Vigente para el año escolar:_____

Natomas Unified School District
Connecting students to their future

SERVICIOS DE SALUD
AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento:_____ Grado: _____

Nombre de la escuela: _____ Nombre del maestro: _____

RESPONSABILIDADES Y DECLARACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Yo, como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, solicito y entiendo lo siguiente, de acuerdo con las secciones 49423-49423.5 del Código de Educación de California y la sección 5141.21 de la Política de la Mesa Directiva de NUSD, para que el estudiante tome medicamentos durante el horario escolar, las actividades escolares y las excursiones:

Mi estudiante no recibirá ayuda para la administración de medicamentos ni podrá llevar consigo sus medicamentos hasta que se cumplan todos los requisitos.

- No se permite tomar medicamentos recetados ni de venta libre en la escuela sin cumplir con los siguientes requisitos:
- Notificaré inmediatamente a la escuela si hay algún cambio en la orden de medicación que aparece a continuación. Cualquier cambio a la forma inicial en el expediente requiere que se complete una nueva forma y se entregue en la oficina antes de que se pueda continuar administrando la medicación. Entiendo que esta forma debe completarse anualmente, incluso cuando no haya cambios en la orden de medicación que aparece a continuación.
- Entiendo que la solicitud para la administración de medicamentos puede ser cancelada en cualquier momento, así como la solicitud para ayudar al estudiante en la administración de medicamentos en cualquier momento.
- Yo autorizo al personal de los servicios de salud a discutir con el personal escolar el estado de salud y el medicamento de mi estudiante.
- Yo autorizo al personal de los servicios de salud a comunicarse directamente con el proveedor de atención médica o farmacéutico de mi estudiante para obtener aclaraciones e información adicional sobre este medicamento.

Asistencia por parte del personal escolar:

Yo, como padre o tutor legal, solicito que el distrito asista a mi estudiante en la administración del medicamento según lo recetado por el proveedor de atención médica autorizada. Entiendo que la enfermera escolar no se encuentra en el campus todos los días y, en su ausencia, el personal escolar designado y capacitado asistirá con la administración del medicamento.

- Me aseguraré de que los medicamentos sean entregados por un adulto, en un frasco de farmacia bien etiquetado con el nombre y número de teléfono de la farmacia, la identificación del estudiante, el nombre del proveedor, el nombre del medicamento, la vía de administración, la dosis, la hora y la fecha de caducidad.
- Los medicamentos que se encuentran bajo la jurisdicción de la Ley Federal de Sustancias Controladas (por ejemplo, Ritalin y Fenobarbital) deben ser transportados hacia y desde la escuela por los padres/tutores o un adulto designado por los padres/tutores. Los medicamentos controlados serán contados cuando lleguen a la escuela por el personal escolar designado y capacitado, en presencia del padre/tutor. La fecha, el número de pastillas y la firma del personal escolar designado se anotarán en el registro de medicamentos.
- Los medicamentos se llevarán a todas las actividades escolares y excursiones durante el horario escolar, a menos que se indique lo contrario.

Autoadministrarse y llevar consigo:

☐ **SÍ** ☐ **No solicito**, si así lo acuerda el proveedor de atención médica autorizado de mi estudiante que figura a continuación, que se le permita a mi estudiante autoadministrarse, controlar o tratar su condición médica existente. Entiendo que la escuela no se hará responsable de la pérdida o el uso inadecuado de los medicamentos llevados. Yo libero al distrito escolar y al personal de la escuela de cualquier responsabilidad civil si el estudiante sufre alguna reacción adversa al tomar medicamentos autoadministrados. Compartir medicamentos con otros estudiantes resultará en medidas disciplinarias.

_____ _____ _____

Firma del padre/tutor legal | Nombre en letra de molde | Fecha