



Franklin-McKinley School District: 645 Wool Creek Dr., San Jose, CA 95112

Authorization for Medication Administration at School – One form per medication

California Education Code 49423 provides that students required to take medically prescribed or over-the-counter medications during the school day may be assisted by school personnel **ONLY** if the school district receives a specific written statement from the health care provider **AND** the parent/guardian of the student. New orders are required each school year, and/or with any changes to the medication or administration procedures.

Student Name: _____ DOB: _____

School: _____ Grade/Teacher: _____

Health Care Provider Authorization

Reason for giving medication: _____

Medication: _____ Dose: _____ Route: _____

Time(s): _____ ☐ Daily ☐ PRN- If PRN, frequency/indications: _____

Possible adverse reactions: _____

Additional Instructions/emergency care: _____

For rescue or emergency medications Epinephrine and Inhalers, please check all that apply. The student listed above:

- ☐ Is authorized to carry this medication on his/her person
☐ Has been trained and is authorized to self-administer this medication

Medication to be kept in:

- ☐ In office only ☐ Student will carry ☐ Both in office and student will carry

Date to Discontinue Medication: _____ ☐ End of school year

Prescriber's Name/Title: _____

Telephone: _____ Fax: _____

Prescriber's
Signature: _____

Date: _____

Dr./Clinic Stamp

Parent/Guardian Consent

I give consent for school personnel to administer the above medication to my child per the instructions of the above Health Care Provider (HCP). I give my consent for exchange of information and communication directly between the HCP listed above or dispensing pharmacist and a Franklin-McKinley District School Nurse, regarding the HCP's written statement or any other questions about the medication. I understand that I may refuse consent for this permission at any time by notifying the school principal in writing. I understand and agree to the following responsibilities regarding medication administration:

1. Please provide medication in its original labeled container to school office. Prescription medication must be in the pharmacy-labeled container with the student's name clearly visible. Over-the-counter medication must be in the original container with the label intact.
2. An adult must bring the medication to the school and pick up any outdated or unused medication.
3. Pill splitting must be done by parent/guardian prior to providing medication to school officials.
4. Parents/Guardians provide all materials or necessary equipment (e.g. measuring spoon, pill crusher) for medication administration.
5. Students may only carry and self-administer medication with written permission by student's health care provider and parent/guardian. A separate form, "Self-Administration of Emergency Medication" will be completed by parent and child.
6. Parents will notify the school nurse or administrator and provide new consent for any changes to the above authorization.

Parent/Guardian Signature	Daytime Phone	Date



Distrito Escolar Franklin-McKinley: 645 Wool Creek Dr., San Jose, CA 95112

Autorización para administrar medicamento en la escuela – Un formulario por medicamento

El Código de educación de California 49423 indica que los estudiantes que requieren tomar medicamento con prescripción o sin prescripción durante el horario escolar podrán recibir ayuda del personal escolar **SOLO** si el distrito escolar recibe una declaración específica por escrito del proveedor de atención médica **Y** del padre/tutor del estudiante. Se requiere de una nueva orden cada año escolar o si ocurre cualquier cambio con el medicamento o el proceso de administración.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Grado/maestro: _____

Autorización del proveedor de atención médica

Razón para prescribir el medicamento _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Horario(s): _____ ☐ A diario ☐ PRN- en caso de PRN, frecuencia/indicaciones: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Instrucciones adicionales/cuidados de emergencia: _____

Marque lo que aplique para medicamentos de rescate o emergencia, epinefrina o inhaladores. El estudiante previamente mencionado:

- ☐ tiene permiso para traer el medicamento consigo.
☐ Ha recibido entrenamiento y tiene permiso de auto administrarse el medicamento.

El medicamento será guardado en:

- ☐ La oficina únicamente ☐ con el estudiante ☐ en la oficina y con el estudiante

Fecha para discontinuar el medicamento: _____ ☐ Fin del año escolar

Nombre de quien prescribe/puesto: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Sello del médico/clínica

Firma de quien prescribe: _____

Fecha: _____

Permiso del padre/tutor

Doy mi permiso para que el personal escolar administre el medicamento previamente mencionado a mi hijo(a) de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica (HCP por sus siglas en inglés) previamente mencionado. Doy mi permiso para el intercambio de información y comunicaciones directas entre el HCP o el farmacéutico y la enfermera escolar del distrito escolar sobre la declaración escrita del HCP o cualquier duda sobre el medicamento. Comprendo que puedo negar mi consentimiento de este permiso en cualquier momento con un aviso por escrito dirigido al director de la escuela. Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes responsabilidades de la administración del medicamento:

1. Favor de proveer el medicamento con su empaque y etiqueta original a las oficinas de la escuela. Los medicamentos de prescripción deberán de estar en el envase con la etiqueta de la farmacia y el nombre del estudiante en plena vista. La medicina que no requiere de prescripción deberá estar en su envase original y con la etiqueta intacta.
2. Un adulto deberá de entregar el medicamento en las oficinas escolares y recoger el medicamento expirado o que no se haya utilizado.
3. Los padres/tutores deberán partir las pastillas antes de entregar el medicamento a las oficinas escolares.
4. Los padres/tutores proveerán todos los materiales o equipo necesario (por ejemplo, cuchara medidora, triturador de pastillas) para administrar el medicamento.
5. Los estudiantes solo podrán traer el medicamento y auto administrarlo con el permiso por escrito del proveedor de atención médica del estudiante y de su padre/tutor. El padre y estudiante deberán de llenar el formulario de "auto administración de medicamentos de emergencia".
6. Los padres avisarán a la enfermera escolar o administradores y proveerán un nuevo permiso para cualquier cambio de la autorización

Firma del padre/tutor _____

Teléfono: _____

Fecha: _____



Khu Học Chính Franklin-McKinley: 645 Wool Creek Dr., San Jose, CA 95112

Cho phép Quản lý Thuốc tại Trường – Một biểu mẫu cho một loại thuốc

Luật Giáo dục California Education 49423 cho phép các học sinh cần uống thuốc theo toa hoặc không theo toa trong ngày học có thể được hỗ trợ bởi nhân sự trường học CHỈ khi học khu nhận được văn bản cụ thể từ nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe VÀ phụ huynh/người giám hộ của học sinh. Yêu cầu mới được yêu cầu cho mỗi năm học, và/hoặc với bất kỳ thay đổi về thuốc men hoặc quy trình thực hiện.

Tên Học sinh: _____ Ngày sinh: _____

Trường: _____ Lớp/Giáo viên: _____

Sự cho phép của Nhà Cung cấp Dịch vụ Sức khỏe

Nguyên nhân cho thuốc: _____

Tên thuốc: _____ Liều lượng: _____ Cách dùng: _____

Thời gian: _____ ☐ Hàng ngày ☐ PRN- Nếu là PRN, tần suất/chỉ định: _____

Tác dụng phụ có thể có: _____

Các hướng dẫn bổ sung/chăm sóc khẩn cấp: _____

Để cứu nguy hoặc các thuốc cấp cứu Epinephrine và dụng cụ trợ thở, vui lòng đánh dấu tất cả những điều áp dụng. Học sinh được liệt kê ở trên:

- ☐ được cho phép đem thuốc này trong người
☐ Đã được huấn luyện và cho phép tự sử dụng thuốc này

Thuốc được cất giữ tại:

- ☐ Chỉ trong văn phòng ☐ Học sinh sẽ đem theo ☐ Cả trong văn phòng và học sinh đem theo

Ngày ngưng sử dụng thuốc: _____ ☐ Kết thúc năm học

Tên người cho toa/Chức danh: _____

Số điện thoại: _____ Fax: _____

Chữ ký của người cho toa:

Ngày:

Dr./Clinic Stamp

Sự Đồng thuận của Phụ huynh/người Giám hộ

Tôi cho phép nhân sự trường học quản lý thuốc men nói trên cho con tôi theo các hướng dẫn từ Nhà Cung cấp Dịch vụ Sức khỏe (HCP) nói trên. Tôi cho phép trao đổi thông tin và giao tiếp trực tiếp giữa HCP có tên ở trên hoặc dược sĩ cấp thuốc và Y tá của Học khu Franklin-McKinley, về văn bản này hoặc bất kỳ câu hỏi nào khác về thuốc men. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối sự đồng thuận này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho hiệu trưởng trường học. Tôi hiểu và đồng ý với những trách nhiệm sau đây về việc quản lý thuốc men:

1. Vui lòng cung cấp thuốc trong hộp đựng nguyên thủy cho văn phòng trường học. Thuốc theo toa phải đựng trong hộp có nhãn từ nhà thuốc tây với tên học sinh được in rõ ràng trên nhãn. Thuốc không theo toa phải được đựng trong hộp nguyên thủy có nhãn dán.
2. Người lớn phải đem thuốc đến trường và nhận lại thuốc đã quá hạn hoặc chưa sử dụng.
3. Chia nhỏ thuốc viên phải được phụ huynh/người giám hộ thực hiện trước khi đem đến văn phòng trường học.
4. Phụ huynh/người Giám hộ cung cấp tất cả các dụng cụ hoặc thiết bị cần thiết (như muỗng đo lường, đồ nghiền thuốc) để thực hiện việc quản lý thuốc.
5. Các học sinh có thể chỉ có thể được đem thuốc trong người và tự sử dụng thuốc với văn bản cho phép từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh và phụ huynh/người giám hộ. Biểu mẫu riêng, "Tự Quản lý Thuốc men Khẩn cấp" sẽ được hoàn tất bởi phụ huynh và học sinh.
6. Phụ huynh sẽ thông báo cho y tá trường học hoặc ban giám hiệu và cung cấp sự đồng thuận mới cho bất kỳ sự thay đổi nào về sự cho phép ở trên.

Chữ ký Phụ huynh/người Giám hộ

Số điện thoại ban ngày

Ngày