

**Mt. Diablo Unified School District**  
Concord, California

**AUTHORIZATION TO ADMINISTER EMERGENCY ANTI-SEIZURE MEDICATION**

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Preferred Contact Number \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Education Code 49468 If a pupil diagnosed with seizures, a seizure disorder, or epilepsy has been prescribed an emergency anti-seizure medication by their health care provider, the local educational agency, upon receipt of an authorization in writing for the medication to be administered to the pupil at school, may direct a school nurse or volunteer who has been designated and received training regarding the emergency use of anti-seizure medication, to administer the medication if the pupil is suffering from a seizure.

**PART I — SEIZURE INFORMATION** *(to be completed by parent or provider)*

| Seizure Type | How Long Seizure Lasts | How Often Occurs<br>(daily, occasional, rare) | Description of typical seizure: |
|--------------|------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|
|              |                        |                                               |                                 |
|              |                        |                                               |                                 |

**PART II — HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION FOR ANTI-SEIZURE MEDICATION**

*(to be completed by provider)*

| Name of Medication | Dosage | Route | Frequency medication<br>may be given | Give this medication if seizure is: |
|--------------------|--------|-------|--------------------------------------|-------------------------------------|
|                    |        |       |                                      |                                     |
|                    |        |       |                                      |                                     |

Protocol for observing student after seizure: *(circle as appropriate)*   **may rest in office / classroom**   **send home**   **call 911**

**Observe student for** \_\_\_\_\_ **minutes**   **Other** \_\_\_\_\_

Please provide a seizure action plan and a list of potential adverse side effects of the above prescribed medications.

I acknowledge trained non-medical school professionals may administer the above prescribed medication(s).

\_\_\_\_\_  
**Healthcare Provider Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**License #**

Please Print or Stamp: →

Provider Name:

Practice Name / Address:

Contact Phone:

**PART III - PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION** *(to be completed by parent/guardian)*

I hereby request volunteer unlicensed school personnel assist my child with taking medication(s) according to healthcare provider. I understand all medication must be in the original appropriately labeled container. I understand that Mt. Diablo Unified School District is not responsible for any power failure or any other unforeseen circumstance that may cause a medication to lose its potency or render it unusable. I am required to pick up medication within one week after the last day of school or the medication will be disposed of. I also give consent for exchange of information between healthcare provider and Mt. Diablo Unified School District school personnel to communicate on matters related to this medication.

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

Reviewed by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Site Administrator Date

Copy to \_\_\_\_\_ nurse \_\_\_\_\_ cum \_\_\_\_\_ med binder  
Form revised 5/23

# Mt. Diablo Unified School District

Concord, California

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Número de contacto preferido \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Código de Educación 49468 Si a un alumno diagnosticado con convulsiones, un trastorno convulsivo o epilepsia se le ha recetado un medicamento anticonvulsivo de emergencia por su proveedor de atención médica, la agencia educativa local, tras la recepción de una autorización por escrito para que el medicamento sea administrado al alumno en la escuela, puede dirigir a una enfermera escolar voluntaria que ha sido designada y ha recibido capacitación sobre el uso de emergencia de medicamentos anticonvulsivos, para administrar el medicamento si el alumno está sufriendo de una convulsión.

### PARTE I — INFORMACIÓN SOBRE CONVULSIONES (para ser completado por el padre o proveedor)

| Tipo de convulsión | Cuánto dura la convulsión | Con qué frecuencia ocurre(diario, ocasional, raro) | Descripción de la convulsión típica |
|--------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                    |                           |                                                    |                                     |
|                    |                           |                                                    |                                     |

### PARTE II — AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS (para ser completado por el proveedor)

| Nombre del Medicamento | Dosis | Ruta | Se puede administrar medicación con frecuencia | Administre este medicamento si la convulsión es: |
|------------------------|-------|------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                        |       |      |                                                |                                                  |
|                        |       |      |                                                |                                                  |

Protocolo para observar al estudiante después de una convulsión: (círcula según lo apropiado) **puede descansar en la oficina / aula**  
**enviar a casa**      **llamar al 911**      **Observar al estudiante durante** \_\_\_\_\_ **minutos**      Otro \_\_\_\_\_

Proporcione un plan de acción para convulsiones y una lista de posibles efectos secundarios adversos de los medicamentos recetados anteriormente.  
Yo reconozco que los profesionales de la escuela no médicos capacitados pueden administrar los medicamentos recetados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Proveedor Atención Médica con Licencia**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**# de Licencia**

Por favor imprima o selle:  
Nombre del Proveedor: →  
Nombre de la práctica / Dirección:  
Teléfono de contact:

### PARTE III - AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR (para ser completado por el padre/tutor)

Por la presente, solicito que el personal escolar voluntario sin licencia ayude a mi hijo a tomar los medicamentos de acuerdo con el proveedor de atención médica. Entiendo que todos los medicamentos deben estar en el envase original debidamente etiquetado. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo no es responsable por ningún corte de energía o cualquier otra circunstancia imprevista que pueda causar que un medicamento pierda su potencia o quede inutilizable. Debo recoger el medicamento dentro de una semana después del último día de clases o se desechará el medicamento. También doy mi consentimiento para el intercambio de información entre el proveedor de atención médica y el personal escolar del Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo para comunicarse sobre asuntos relacionados con este medicamento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre / Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Reviewed by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_

Site Administrator

Date

Copy to \_\_\_\_\_ nurse \_\_\_\_\_ cum \_\_\_\_\_ med binder

Form revised 5/23