

Mt. Diablo Unified School District

Parent/Guardian Request and Authorization for the Administration of Emergency Anti-Seizure Medication in the School Setting

Student's Name: _____ Birthdate: _____
School: _____ Medication: _____

The administration of emergency anti-seizure medication is authorized in exceptional circumstances where the child's health may be jeopardized without it. It will only be administered when requested and approved by the student's parent/guardian and a licensed healthcare provider. This authorization needs to be renewed each school year and as needed.

I request that school staff be trained to give my child anti-seizure medication in accordance with the CA Education Code Section 49468.

- I will provide the medication in the original pharmacy labeled container. Depending on the medication it will be set and locked by the pharmacist and provided to the school in the correct dosage prescribed by the healthcare provider. I will also provide any other necessary supplies required for administration such as: privacy screen, change of clothes, lubricant.
- I am responsible for the delivery and retrieval of the medication to and from the school site.
- I authorize the administration of this medication by voluntary, unlicensed, trained school staff in the absence of a licensed nurse (CSN, RN, or LVN) with the understanding that the school district and their employees are not liable for any adverse reactions.
- I understand that the personnel administering the emergency anti-seizure medication will do so only after the required training has been completed.
- I understand that if there is no volunteer or licensed nurse onsite, and my child has a seizure requiring emergency assistance, then 911 emergency services will be called.
- Unless otherwise specified in my child's seizure action plan or by a doctor order, I understand that 911 will be called when the emergency anti-seizure medication has been administered in the school setting. EMS protocol may require a parent/guardian to be present to avoid transport to the emergency department. If parent declines EMS transport, the student will be home sent home with the parent.
- I will notify the designated school personnel verbally and in writing when my child has been given the emergency anti-seizure medication before or after school hours. I will also notify the healthcare provider of this situation and provide the school with updated healthcare orders.
- I give permission for my student's seizure action plan and health information to be shared with school personnel and/or volunteers who are responsible for the supervision or care of my student.
- I verify that I have been provided information about my child's eligibility for services or accommodations pursuant to Section 504 of the federal Rehabilitation Act of 1973 (29 USC Sec 794) or an individualized education program.
- I will notify MDUSD of any changes in my child's health status.
- I will notify MDUSD of any changes to my emergency contact information.
- I give permission for the school nurse or other designated school personnel to contact my child's healthcare provider for matters related to the administration of the medication.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Name (please print): _____

Phone Numbers: Cell: _____ Home: _____ Work: _____

Mt. Diablo Unified School District

Solicitud de Padres/Tutores para Autorización para la Administración de Medicamentos Anticonvulsivos de Emergencia en el Entorno Escolar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Medicamento: _____

La administración de medicamentos anticonvulsivos de emergencia está autorizada en circunstancias excepcionales en las que la salud del niño puede verse comprometida sin ellos. Solo se administrará cuando lo soliciten y aprueben los padres/tutores del estudiante y un proveedor de atención médica autorizado. Esta autorización debe renovarse cada año escolar y según sea necesario.

Solicito que el personal de la escuela esté capacitado para administrarle a mi hijo medicamentos anticonvulsivos de acuerdo con la Sección 49468 del Código de Educación de CA.

- Yo proporcionaré la medicación en el envase original etiquetado de la farmacia. Dependiendo del medicamento, el farmacéutico lo colocará y sellará y lo entregará a la escuela en la dosis correcta prescrita por el proveedor de atención médica. También proporcionaré cualquier otro material necesario para la administración, como: pantalla de privacidad, cambio de ropa, lubricante, etc.
- Yo soy responsable de la entrega y recogida de la medicación en el centro escolar.
- Yo soy responsable de entregar y recoger el medicamento de la escuela
- Yo autorizo la administración de este medicamento por parte de personal escolar voluntario, sin licencia y capacitado en ausencia de una enfermera con licencia (CSN, RN o LVN) con el entendimiento de que el distrito escolar y sus empleados no son responsables de ninguna reacción adversa.
- Yo entiendo que el personal que administre la medicación anticonvulsiva de emergencia lo hará sólo después de haber completado la capacitación requerida.
- Yo entiendo que si no hay un voluntario o una enfermera con licencia en el lugar, y mi hijo tiene una convulsión que requiere asistencia de emergencia, entonces se llamará a los servicios de emergencia 911.
- A menos que se especifique lo contrario en el plan de acción contra las convulsiones de mi hijo o por orden de un médico, entiendo que se llamará al 911 cuando se haya administrado la medicación anticonvulsiva de emergencia en el entorno escolar. El protocolo de EMS puede requerir que un padre/tutor esté presente para evitar el transporte al departamento de emergencias. Si el padre declina el transporte EMS, el estudiante será enviado a casa con el padre.
- Yo notificaré al personal designado de la escuela verbalmente y por escrito cuando a mi hijo se le haya administrado la medicación anticonvulsiva de emergencia antes o después del horario escolar. También notificaré al proveedor de atención médica de esta situación y proporcionaré a la escuela las órdenes de atención médica actualizadas.
- Yo doy permiso para que el plan de acción anticonvulsivo y la información sanitaria de mi alumno se compartan con el personal escolar y/o los voluntarios responsables de la supervisión o el cuidado de mi alumno.
- Yo verifico que se me ha proporcionado información sobre la elegibilidad de mi hijo para recibir servicios o adaptaciones de conformidad con la Sección 504 de la Ley Federal de Rehabilitación de 1973 (29 USC Sec 794) o un programa educativo individualizado.
- Yo notificaré MDUSD de cualquier cambio en el estado de salud de mi niño.
- Yo notificaré MDUSD de cualquier cambio a mi información de contacto de emergencia.
- Yo doy permiso para que la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado se comuniquen con el proveedor de atención médica de mi hijo para asuntos relacionados con la administración del medicamento.

Firma del Padre/Tutor : _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor (Letra de Molde): _____

Teléfono Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____