



San Pasqual

- Union School District -

PHYSICIAN'S STATEMENT

Section 1: This portion to be completed by school personnel

Student Name: _____ Birthdate: ____/____/____
Last First Middle Month / Day / Year

School

Teacher

Room

Grade

This form is valid for school year 2026-2027

Medication will be kept in Health Office – locked cabinet in the original container (unless indicated for student to carry)

Person(s) Authorized to Assist Student with medication are: Designated School Staff

Person responsible to bring medication to school: Parent or Guardian only

Medication refill will be brought to school: When supply is out

Section 2: This portion must be completed by a Physician licensed in the State of California

A. Name of Medication	Method of Administration	Dosage	Approximate time of day
1.			
2.			
3.			
4.			

B. Assistance needed for administration of medication to student (Observation, crushing medication, etc.)	
---	--

C. Any specific details on how medication should be stored?	Medication #	At room temperature	In refrigerator

D. Do you wish to have the district nurse or school health assistant contact you at intervals to discuss this medication?

☐ YES ☐ NO How often? Weekly ☐ Monthly ☐ Other: _____

Printed name of Physician CA Medical License Number Telephone Number

Signature of Physician MD Date



San Pasqual

- Union School District -

Section 3: This Portion is to be completed by student's Parent/Guardian

I request that a member of the health team or other district designee administer the medication as directed by the attached Physician's statement to my child:

Student's name

Date of Birth

I recognize the fact that this is a service or accommodation which the school is not legally required to perform. I agree to save and hold the district, its officers, employees or agents, harmless from all liability, suits or claims, of whatever nature or kind, which might arise as a result of administering the medication in accord with this request. I give permission for the health team or district designee to speak with the physician requesting the medication, should there be any questions or clarification needed in regards to the order.

Print Parent/Guardian's name

Signature of Parent/Guardian

Date

Home Telephone Number

Work or Cell Telephone Number

Emergency Contact Name

Emergency Contact Phone Number

Sección 3: Esta Parte Deberá Ser Llenada por el Padre/Madre/Tutor/Tutora

Solicito que una enfermera escolar o un empleado designado del distrito administren el medicamento a mi niño(a) tal como lo indica la nota del medicamento que se adjunta:

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Entiendo que éste es un servicio que la ley no requiere que la escuela realice. Estoy de acuerdo en librar de toda responsabilidad, demandas o reclamaciones, de cualquier índole o especie al distrito, sus funcionarios, empleados o representantes, las cuales pudieran surgir como resultado de administrar el medicamento conforme a esta petición. Doy permiso para que la enfermera escolar o la persona designada por el distrito hablen con el médico que pide la administración del medicamento, si hubiera preguntas o aclaraciones necesarias en relación con la orden.

Nombre del Padre/Madre/Tutor/Tutora en Letra de Molde

Firma del Padre/Madre/Tutor/Tutora

Fecha

Número de Teléfono de la Casa

Número de Teléfono del Lugar de Empleo

Nombre de la Persona a Llamar por Emergencia

Número de Teléfono a Llamar por emergencia



San Pasqual

- Union School District -

AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION (Education Code Section 49423)

"Any pupil who is required to take, during the regular school day, medication prescribed for him/her by a physician, may be assisted by a school nurse or other designated school district personnel if the district receives":

1. A written statement from a physician licensed in the State of California detailing the method, amount, and time schedules by which such medication is to be taken. See the reverse side of form.
2. Written authorization from the parent/guardian of the pupil indicating the desire that school district personnel assist the pupil in the matters set forth in the Physician's Statement. See authorization statement below.
3. Only medication prescribed by the pupil's physician as being necessary to be taken by the pupil in the manner listed on the Physician's Statement should be brought to school.
4. Medication brought to school will be given according to the provisions listed on this form. The prescription or original manufacturer's container (for over the counter medications) must be clearly labeled with: *the name of the pupil; the name of the prescribing provider; the pharmacy who dispensed the medication or the manufacturer; the strength of the medication and the amount to be given (dose); the method of administration (oral, inhaled, topical, etc.); the specific time and or specific situations for which the medication is given.*

Parents may ask the pharmacist for "school packaging" – a separate container labeled just for the school time dose.

5. All medication must be brought to school by an adult.
6. Medications must be picked up by the parent or guardian within one day of the end of the school year or they will be discarded.
7. This authorization is valid only for the current school year. If any of the conditions in the Physician's Statement change, a new form must be signed by the parent/guardian and the physician.
8. For students with a current IEP from Special Education, this authorization serves as an Individual Health Plan (IHP) added to the special education file. For other students, this authorization serves as a Section 504 Plan to accommodate the health needs of the pupil while at school.

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO (Artículo 49423 del Código de Educación)

"Todo estudiante que se requiera que tome, durante el día escolar regular, medicamento prescrito para él/ella por un médico, puede ser asistido por una enfermera escolar u otro empleado designado del distrito escolar si el distrito recibe":

1. Una nota de un médico licenciado en el Estado de California detallando el método, la cantidad y las horas en las que se deberá administrar el medicamento. Véase el reverso del documento.
2. Una nota del padre/madre/tutor/tutora del estudiante indicando su deseo de que el personal del distrito escolar asista al estudiante en lo señalado en la nota del médico. Véase la autorización abajo.
3. Deberá ser traído a la escuela sólo el medicamento prescrito por el médico del estudiante, que sea necesario que él/ella tome del modo señalado en la nota del médico.
4. El medicamento traído a la escuela será administrado de acuerdo con las indicaciones de este documento. En la etiqueta del medicamento o del frasco del fabricante original (para medicinas de mostrador) deberá aparecer claramente *el nombre del estudiante; el nombre del médico que prescribió el medicamento; el nombre de la farmacia que provee el medicamento o del fabricante; la potencia del medicamento y la cantidad a administrar (dosis); el método de administración (oral, inhalado, local, etc.); la hora específica o las situaciones específicas por las que se administra el medicamento.*

Los padres pueden pedir al farmacéutico un "empaque escolar" – un frasco separado etiquetado exclusivamente para la dosis que deberá administrarse en la escuela.

5. Todo medicamento deberá ser traído a la escuela por un adulto.
6. Los medicamentos deberán ser recogidos por el padre o tutor hasta un día antes de que finalice el año escolar o serán tirados a la basura.
7. Esta autorización es exclusivamente para el año escolar que corre. Si cambia alguna de las condiciones de la Nota del Médico, el padre/madre/tutor/tutora y el médico tendrán que firmar un nuevo documento.
8. Para los estudiantes con un Programa Educativo Individualizado vigente de Educación Especial, esta autorización sirve como un Plan de Salud Individual (IHP) agregado al expediente de educación especial. Para otros estudiantes, esta autorización sirve como Plan del Artículo 504 para llenar las necesidades de salud del estudiante mientras está en la escuela.