

**PARENT/GUARDIAN AND PHYSICIAN REQUEST FOR MEDICATION**

Name of Student: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DEL PADRE O TUTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y SIN RECETA**

La sección del código de educación de California 49423 permite que un personal de la escuela no médico asista a los estudiantes que son requeridos a tomar medicamento durante las horas de la escuela. Este servicio se provee a los estudiantes para mantenerlos en la escuela, y mejorar su potencial de aprendizaje y educación.

Yo requiero que el medicamento sea administrado a mi hijo/a de acuerdo con la autorización escrita de nuestro proveedor de salud. Yo entiendo que una persona sin estudio medico estará designada en seguir las ordenes escritas del proveedor. Yo notificare a la escuela inmediatamente y entregare nuevas formas si hay cambio en el medicamento, la dosis, hora de administración, o el cambio del proveedor médico. Yo doy permiso al personal de salud para el intercambio de información con el proveedor médico relacionado con el medicamento. El personal de salud puede aconsejar al personal apropiado de la escuela sobre el medicamento y sus posibles efectos.

El medicamento se debe de mantener en la escuela para uso de emergencia. En caso que mi hijo/a sufriera una reacción adversa como resultado de la administración del medicamento, yo doy liberación de responsabilidad civil a OCHS y el personal de la escuela.

Padre/Guardián Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_

**AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION**

Reason for Medication/Physical Condition: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

If PRN: Amount of time between doses \_\_\_\_\_ Maximum number of doses \_\_\_\_\_ per day.

Possible medication reactions: \_\_\_\_\_

Instructions for emergency care \_\_\_\_\_

**Authorized Health Care Provider**

Signature: \_\_\_\_\_

Name (print clearly): \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

Date of Request: \_\_\_\_\_

Date to Discontinue Medication: \_\_\_\_\_

**Office Stamp**



**AGENCY USE:**

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**This request is valid for a maximum of one year. Follow-up by this date:** \_\_\_\_\_