

School _____ School Year _____ Fax _____

Student Name _____ DOB _____

*This form **must be renewed annually**, and if there are any changes in treatment or medication during the school year.*

Physician -- Complete Medication List Below Mark All That Apply

MEDICATION # 1

Medication Name: _____ Strength: _____ Required Dose: _____

Reason for giving medication: _____

Tablet/Capsule Liquid Injection Topical Inhaler Nebulizer

Time(s) to be given at school: _____ Daily PRN If PRN, frequency: _____

If PRN, for what symptoms: _____ Relevant side effects: _____

Medication shall be administered from: _____ to _____ or Remainder of school year

Additional Instructions: _____

MEDICATION # 2 (If Needed)

Medication Name: _____ Strength: _____ Required Dose: _____

Reason for giving medication: _____

Tablet/Capsule Liquid Injection Topical Inhaler Nebulizer

Time(s) to be given at school: _____ Daily PRN If PRN, frequency: _____

If PRN, for what symptoms: _____ Relevant side effects: _____

Medication shall be administered from: _____ to _____ or Remainder of school year

Additional Instructions: _____

My signature below provides authorization for the above orders. All procedures will be implemented in accordance with states laws and regulations. Specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the school nurse.

Physician Signature _____
Date

Phone _____
Fax _____
Clinic Stamp



Health Services
25 Churchill Avenue
Palo Alto, CA 94306
Tel. 650-833-3735 | Fax 650-833-4226

Autorización del Padre/Tutor

Solicito que mi hijo tenga permitido tomar medicamento en la escuela según las indicaciones del proveedor de cuidado de salud arriba. Autorizo que el personal escolar ayude con este medicamento para mi hijo como fue indicado por el proveedor de cuidado de salud arriba. Entiendo que personal no-médico, capacitado puede ayudar con, o administrar, el medicamento (Código Ed 49423 y 49480).

Autorizo la comunicación e intercambio de información entre el Distrito Escolar Unificado de Palo Alto (PAUSD, por sus siglas en inglés), el proveedor de cuidado de salud nombrado arriba y la farmacia incluida en el medicamento recetado arriba en relación a la declaración escrita del proveedor de cuidado de salud o cualquier otra pregunta sobre el medicamento o la administración del mismo.

Entiendo y acepto las siguientes responsabilidades en relación a la administración del medicamento:

1. Este formulario debe ser renovado siempre que cambie la receta del alumno y al comienzo de cada ciclo escolar.
2. El medicamento recetado debe estar en un frasco etiquetado por el farmacéutico o proveedor del cuidado de la salud y no debe estar caducado.
3. El medicamento de venta libre debe estar en el frasco original con la etiqueta intacta.
4. Un adulto debe traer el medicamento a la enfermería y recoger cualquier medicamento caducado o sin usar.
5. El corte de pastillas debe ser realizado por el padre/tutor previo a proporcionar el medicamento a los funcionarios escolares.
6. Los padres/tutores proporcionan todo el material o equipo necesario (p.ej., cuchara medidora) para la administración del medicamento.
7. Los alumnos no pueden llevar y auto administrarse medicamento a menos que el alumno, el padre y el proveedor del cuidado de salud lo autoricen.
8. Los padres notificarán a la escuela y proporcionarán una nueva autorización para cualquier cambio a la autorización arriba.
9. Cualquier cambio o modificación a las autorizaciones arriba únicamente podrán hacerse luego de recibir una notificación por escrito por parte del proveedor del cuidado de la salud.
10. Entiendo que se llamará a 911 en caso que se administre medicamento de emergencia.

Firma del Padre

Teléfono

Fecha

