

# Escalon Unified School District Authorization for Medication Administration

Section §49423 of the California Education Code allows students to take medications prescribed by a physician during the school day, to be assisted by designated school personnel with the medication, or to carry and self-administer certain medication when authorized in writing by the student's parent/guardian AND physician.

## STUDENT INFORMATION

Student Name: \_\_\_\_\_  Male  Female Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 Current School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

## Parent / Guardian Authorization PLEASE SEE PAGE 2 FOR PRESCRIBED AND NON-PRESCRIBED MEDICATION

In accordance with Education Code §49423 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and ( c ) EC §49423.1 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and ( c ) and EC §49407, I, the undersigned parent / guardian of the above named minor student hereby authorize:

\_\_\_\_\_ School nurse or designated school personnel to assist my child with medication administration, monitoring, and testing  
 Initials according to the physician's instructions and approval below.

\_\_\_\_\_ My child to carry and self administer  an auto injector epinephrine pen or  an asthma inhaler according to the  
 Initials physicians instructions and approval below.

In accordance with California Education Code §49407, I hereby RELEASE, DISCHARGE, and HOLD HARMLESS the Escalon Unified School District, officers, employees and agents from all liability, including injury death, adverse reactions, or other damages which may arise from the self administration or assisting with administration of medication according to the authorization and instructions of the undersigned parent/guardian and physician described herein.

I agree to provide the medications indicated below in original prescription containers which are labeled with the name of the child, the prescribing physician, the medication, and dosage. I further authorize the school nurse or designated school personnel to consult with the prescribing physician should any questions arise with regard to the medication California Education Code §49480. I **understand that continuous medication requires annual authorization to the school's office.**

Print Parent / Guardian Name \_\_\_\_\_ Parent / Guardian Signature \_\_\_\_\_  
 Current Address \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

## Physician Authorization THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PRESCRIBING PHYSICIAN ONLY

Name of Medication	Method of Administration	Dosage	Route	Approximate Time of Day
#1: _____	_____	_____	_____	_____
#2: _____	_____	_____	_____	_____

Discontinue medication on: \_\_\_\_\_

Instructions for staff assistance: \_\_\_\_\_

Storage and other precautions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ I authorize my patient to carry and self administer  an auto injector epinephrine pen  an asthma inhaler according to  
 Initials my instructions and approval here stated. I confirm that I have instructed the student in the procedures, dosages, and time schedule by which the medication is to be taken and the student is competent in self-administering the medication. (Education Code §49423 sections (a), (b, 1,2 & 3) and ( c ) EC §49423.1 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and ( c ))

Prescription Date: \_\_\_\_\_

Print Name of Physician \_\_\_\_\_ Medical License Number \_\_\_\_\_ Telephone Number \_\_\_\_\_  
 Physician's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Fax Number \_\_\_\_\_

# Distrito Escolar Unificado de Escalón

## Autorización para la Administración de Medicamentos

La sección §49423 del Código de Educación de California permite que los estudiantes tomen medicamentos prescritos por un médico durante el día lectivo, ya sean asistidos por el personal escolar designado con la medicina, o para llevar y autoadministrar cierta medicina cuando se autoriza por escrito por el padre/guardián del estudiante Y por el médico

### INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  Varón  Hembra      fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Escuela Actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Autorización de los padres o del guardián      FAVOR DE VER LA PÁGINA 2 PARA LAS MEDICINAS PRESCRITAS Y NO PRESCRITAS

De acuerdo con las Secciones del Código §49423 de Educación (a), (b, 1, 2 & 3) y CE (c) §49423.1 Secciones (a), (b, 1, 2 y 3) (y c) y CE §49407, yo, el padre que firma abajo / o el guardián del susodicho estudiante menor, autorizo:

\_\_\_\_\_ Iniciales      Enfermera escolar o personal escolar designado para asistir a mi niño con la administración de medicamentos, la supervisión y la administración de pruebas, según las instrucciones del médico y aprobación abajo.

\_\_\_\_\_ Iniciales      Mi niño para llevar y mí administra  un inyector automático epinephrine pluma o  un inhalador de asma según el instrucciones de médicos y su aprobación, abajo.

De acuerdo con el Código §49407 de Educación de California, por este medio LIBERO, DESCARGO, Y SOSTENGO INOCUO el Distrito Escolar Unificado de Escalón, oficiales, empleados y agentes de toda la responsabilidad, incluso muerte por herida, reacciones adversas, u otros daños que pueden provenir de la autoadministración o por asistir a la administración de medicamentos según la autorización y las instrucciones del padre/guardián del firmante y del médico descritos aquí.

Consiento proporcionar los medicamentos indicados abajo en contenedores de las recetas originales que son etiquetados con el nombre del niño, del médico que receta, del medicamento, y la dosis. Además, autorizo a la enfermera escolar o al personal escolar designado para consultar con el médico que receta, en caso de que haya preguntas con respecto al medicamento del Código §49480 de Educación de California. **Entiendo que el medicamento continuo requiere la autorización anual en la oficina de la escuela.**

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre / Nombre de Guarda, en letra de molde      Firma del Padre o del Guardián

\_\_\_\_\_  
 Dirección Corriente      Teléfono de casa      Teléfono de Trabajo

\_\_\_\_\_  
 Ciudad      Código postal      Teléfono celular

### Autorización del Médico      ESTA SECCIÓN PARA SER COMPLETADA SOLAMENTE POR EL MÉDICO

Nombre de Medicamento	Método de Administración	Dosis	Ruta	Hora aproximada
#1: _____	_____	_____	_____	_____
#2: _____	_____	_____	_____	_____

#1: \_\_\_\_\_

#2: \_\_\_\_\_

Descontinúe medicamento en: \_\_\_\_\_

Instrucciones para la ayuda del personal: \_\_\_\_\_

Almacenaje y otras precauciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Iniciales      Autorizo a mi paciente para llevar y para autoadministrar  un inyector automático epinephrine pluma  un inhalador de asma según mis instrucciones y aprobación aquí indicadas. Confirмо que he instruido al estudiante en los procedimientos, las dosis, y la lista de tiempo por la cual el medicamento debe ser tomado, y el estudiante es competente en la autoadministración del medicamento. (Secciones del Código §49423 de Educación (a), (b, 1, 2 y 3) y CE (c) §49423.1 Secciones (a), (b, 1, 2 & 3) (y c))

La Fecha de la Receta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Médico en Letra de Molde      Número de Matrícula del Médico      Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
 La Firma del Médico      Fecha      Número de telefax