

PARENT/GUARDIAN STATEMENT

Board Policy 5141.21 Administering Medication and Monitoring Health Conditions

Any pupil who requires medication or prescribed health services, may be assisted by a school nurse or other designated school district personnel if the district receives this PARENT/GUARDIAN STATEMENT and a HEALTH CARE PROVIDER STATEMENT. This authorization is valid only for the current school year.

The HEALTH CARE PROVIDER STATEMENT must be completed by an individual licensed by the State of California to prescribe or order medication including, but not limited to, a physician or physician assistant. The statement should include the medication name, route of administration, amount (dose), time and reason by which such medication is to be taken, as well as side effects.

I, the parent/guardian, agree to provide a new PARENT/GUARDIAN STATEMENT and HEALTH CARE PROVIDER STATEMENT if there is a change in the prescribed medication or health service.

I, the parent/guardian, acknowledge that medication and health service should be administered at home whenever possible. Medication and health services should only be administered at school when it is necessary for continued attendance or an emergency. Medication/health services that are administered once, twice or three times daily should be administered at home before and after school when possible.

I, the parent/guardian, agree to provide medication in original containers which are clearly marked with my child's name, name of the medication and expiration date. Medication bottles at school should not be "refilled" from another bottle. Medication must be brought to school by a parent/guardian unless my child has a self-carry agreement between the physician, parent, student and school. If my child has a self-carry agreement, I consent to allow my child to self-administer/carry medication and supplies. I release the district and school personnel from civil liability if my child suffers an adverse reaction as a result of providing self-care.

I, the parent/guardian, acknowledge that my child may receive medication or assistance from a school nurse or other district designee according to Education Code Section 49423. I recognize that I am responsible for providing all necessary supplies and equipment. This is a service or accommodation which the school is not legally required to perform. I agree to waive 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, or health service, in accordance with this request.

I, the parent/guardian, grant permission for an authorized district representative to communicate directly with my child's authorized health care provider and pharmacist, as may be necessary, regarding the health care provider's written statement or any other questions that may arise with regard to the prescribed medication(s) or health service(s).

I, the parent/guardian, understand that I may terminate this authorization for medication administration or other prescribed health services for my child at any time. I request that a school nurse or other district designee administer the medication/services as directed by the physician, for my child:

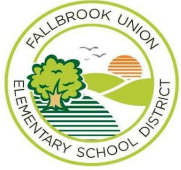
Student's Name

Parent / Guardian Signature

Date

Home / Cell Phone Number

Work Phone Number



DECLARACIÓN DEI PADRE/TUTOR

Póliza de la Directiva 5141.21 Administración de Medicamentos y Supervisión de Condiciones de Salud

Cualquier alumno(a) que requiera medicamento o servicios de salud prescritos puede ser asistido por la enfermera de la escuela o cualquier otro miembro del personal del distrito asignado si el distrito recibe esta DECLARACIÓN DEL PADRE o TUTOR y una DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE SALUD. Esta autorización es únicamente válida para el año escolar en curso.

Un individuo con licencia del Estado de California para recetar y ordenar medicamentos incluyendo pero no limitado a un médico o asistente médico debe llenar la DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE SALUD. La declaración debe incluir el nombre del medicamento, vía de administración del mismo, cantidad (dosis), la hora y la razón por la cual tal medicamento debe tomarse, así como los efectos secundarios.

Yo, el padre/tutor, acepto proporcionar, una nueva DECLARACIÓN DEL PADRE/TUTOR y DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE SALUD si hay un cambio en el medicamento recetado o el servicio de salud.

Yo, el padre/tutor, estoy consciente que el medicamento y servicio de salud debe administrarse en el hogar cuando sea posible. Los medicamentos y servicios de salud únicamente deben administrarse en la escuela cuando sea necesario para la asistencia continua o una emergencia. Los medicamentos y servicios de salud que se tienen que administrar una, dos o tres veces al día deben administrarse en casa antes y después de clases cuando sea posible.

Yo, el padre/tutor acepto proporcionar el medicamento en su frasco original el cual está claramente etiquetado con el nombre de mi hijo(a), nombre del medicamento y día de expiración. Los frascos de medicamento que se encuentran en la escuela no se deben rellenar con medicamento de otros frascos. El medicamento debe ser llevado a la escuela por el padre/tutor a menos que mi hijo(a) tenga un acuerdo entre el médico, padre, estudiante y escuela de llevar el medicamento por sí mismo(a). Si mi hijo(a) tiene un acuerdo para llevar su propio medicamento, le autorizo a llevar su medicamento y artículos, y que se lo administre él/ella mismo(a). Yo libero al distrito y el personal escolar de cualquier responsabilidad civil si mi hijo(a) sufre una reacción adversa como resultado de proporcionarse cuidado de salud a sí mismo(a).

Yo, el padre/tutor estoy consciente de que mi hijo(a) puede recibir medicamento o asistencia de la enfermera de la escuela u otra persona asignada de acuerdo con el Código de Educación Sección 49423. Yo acepto que soy responsable de proporcionar todos los artículos necesarios y equipo. Este es un servicio o adaptación que la escuela no está legalmente obligada a llevar a cabo. Acepto renunciar y eximir al distrito, sus funcionarios, empleados o agentes de toda responsabilidad demanda o reclamo de cualquier naturaleza o clase que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento o servicio de salud, de acuerdo con esta petición.

Yo, el padre/tutor otorgo mi permiso para que un representante autorizado del distrito se comunique directamente con el proveedor de cuidado de salud y el farmacéutico autorizados de acuerdo como sea necesario con respecto a la declaración por escrito del proveedor de cuidado de salud o cualquier otra cuestión que surja con respecto al/los medicamento(s) prescrito(s) o servicios de salud.

Yo, el padre/tutor, entiendo que puedo rescindir esta autorización para la administración de medicamentos u otros servicios de salud recetados para mi hijo(a) en cualquier momento. Solicito que la enfermera de la escuela u otra persona designada por el distrito administre el/los medicamento(s)/servicio(s) como lo indica el médico para mi hijo(a).

Nombre del Estudiante

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Número de Teléfono del Hogar o Celular

Número de Teléfono del Trabajo