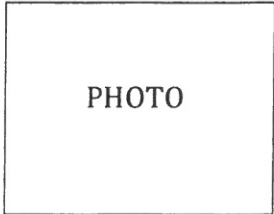


MEDICATION FORM
Santa Cruz County Schools



Student Name: _____ DOB _____

Parent/Guardian Name & phone #'s _____

California Education Codes 49423 and 49480 permit administration of medication(s) by designated school personnel. Medication must be provided in original container labeled with the student's name, medication name, dose/strength, expiration date, & specific administration directions.

Parent/Guardian Authorization

As the parent/guardian of the above named student, I request that designated school personnel assist in the administration of medication prescribed by the physician. I understand it is my responsibility to bring all medication safely to the school and I agree to refill or replace medication as necessary. I will notify the school immediately if there are changes in name, dose, route or time of medication administration. I understand that medication will be stored in a secure area unless the physician indicates below that my child is capable of carrying and self-administering it. I give consent for the physician and designated school personnel to communicate directly regarding the administration of medication.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Student Statement (only if authorized to self-carry medication):

I understand that I am allowed to carry and self-administer only the medication(s) listed. I agree to use the medication as instructed by my physician and not to share with other people. I understand that if I share the medication with others, I will be held accountable for my actions and that I will face disciplinary action.

Student Signature: _____ Date: _____

Physician/Prescriber Authorization

Diagnosis/ Reason for Medication _____

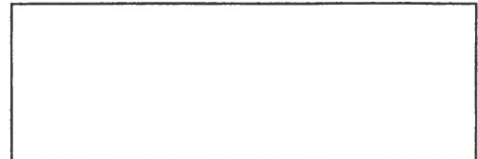
Adverse Reactions: _____

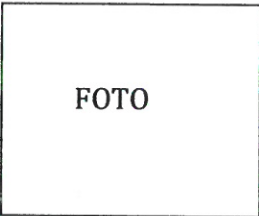
Name of Medication	Form: pill, cream, inhaler etc.	Dose/ Number to be taken	Time given Or PRN	PRN Reason	Initial if okay for student to carry and self administer

Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Discontinuation Date (one year unless specified) _____

Clinic Stamp:





Estudiante: _____ FDN: _____

Padres: _____ Telefono: _____

Los códigos de educación de California 49423 y 49480 permiten la administración de medicamento(s) por el personal escolar designado. Los medicamentos se deben proveer en el envase original etiquetado con el nombre del estudiante, nombre de la medicina, dosis/fuerza, fecha de vencimiento, e instrucción de administración específicas.

Autorización de Padres/Guardián

Como padre/guardián del estudiante mencionado arriba, solicito que el personal escolar designado ayude en la administración de los medicamentos prescritos por el médico. Entiendo que es mi responsabilidad traer todos los medicamentos a salvo a la escuela y estoy de acuerdo en rellenar o reemplazar el medicamento según sea necesario. Notificaré inmediatamente a la escuela si hay cambios en el nombre, la dosis, la ruta o el tiempo de administración del medicamento. Entiendo que el medicamento se almacenará en un área segura a menos que el médico indique a continuación que mi hijo es capaz de portar y auto-administrarlo. Doy el consentimiento para que el médico y el personal designado de la escuela se comuniquen directamente con respecto a la administración del medicamento.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Declaración del Estudiante (sólo si está autorizado a auto-administrar el medicamento):

Entiendo que se me permite llevar y auto-administrar sólo los medicamentos enumerados. Estoy de acuerdo en usar el medicamento según las instrucciones de mi médico y no compartirlo con otras personas. Entiendo que si comparto el medicamento con otros, seré responsable de mis acciones y que enfrentaré una acción disciplinaria.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Autorización del Médico

Diagnóstico/Razón del Medicamento: _____

Reacciones Adversas: _____

Nombre del Medicamento	Forma: pastilla, crema, inhalador, etc.	Dosis/ Numero a tomar	Horario o como sea necesario	Como sea necesario: Razon:	Ponga sus iniciales si es aceptable que el estudiante lleve y auto-administre el medicamento

Firma Del Doctor: _____ Fecha: _____

Fecha de discontinuación (un año, a no ser que se especifique) _____

Estampa de Clinica:

