

STUDENT SERVICES / SPECIAL EDUCATION



OCEANSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
2080 Mission Avenue • Oceanside CA 92058 • (760) 966-7802



Preschool - 5

Date: _____

Student Name: _____ Male Female

Date of Birth: _____ School: _____ Grade: _____

Home Address _____
Number Street City Zip

Home Phone: () _____ Cell: () _____ Work: () _____

PHYSICIAN'S REQUEST AND INSTRUCTIONS TO SCHOOL

Health Condition/Diagnosis: _____

Medication: _____

Daily Dosage: _____ Method: _____

School Dosage: _____ Method: _____

Indications for PRN Medications: _____

Significant side effects: _____

When to discontinue: _____

(Printed Name of Physician) (Medical License #) ()
(Telephone)

Signature: _____
(Physician's Signature) (Date)

AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION
(Education Code Section 49423)

Any pupil who is required to take, during the regular school day, medication prescribed for him by a physician, may be assisted by the school nurse or other designated school personnel if the school district receives:

1. A written statement from such a physician detailing the method, amount, and time schedules by which such medication is to be taken.
(See the reverse side of this form.)
2. A written statement from the parent or guardian of the pupil indicating the desire that the school district assist the pupil in the matters set forth in the Physician's Statement. (See authorization statement below.)

This authorization is valid only for the current school year. If any of the conditions of the Physician's Statement change, a new form must be signed by the parent/guardian and the physician.

Only medication prescribed by the pupil's physician, physician assistant, or nurse practitioner as being necessary to be taken by the pupil in the manner listed on the Physician's Statement should be brought to school. Medication should be in original pharmacy container or over-the-counter container that is clearly marked with the name of the pupil, the name of the medication, and the amount of the medication.

This portion to be completed by the parent/guardian.

I request that a school nurse or other district designee administer the medication as directed by the physician on the reverse side of this form to my child:

Pupil's Name

I recognize the fact that this is a service or accommodation which the school is not legally required to perform. I agree to save 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 in accord with this request.

Signature of Parent/Guardian

Date

Work Phone/Home Phone

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
(Sección 49423 del Código de Educación)

Todo alumno que necesite tomar, durante el horario escolar, un medicamento recetado por su médico, podrá ser asistido por la enfermera escolar u otro empleado escolar designado, si el distrito escolar recibe:

1. Una declaración por escrito de dicho médico indicando el método, cantidad y horario a seguir para administrar el medicamento.
(Vea el reverso de este formulario.)
2. Una declaración por escrito de los padres o tutores del alumno indicando su deseo de que el distrito asista al alumno a llevar a cabo lo señalado en la Declaración del Médico. (Vea la declaración de autorización a continuación)

Esta autorización únicamente es válida durante el presente año escolar. Si alguna de las condiciones contenidas en la Declaración del Médico cambia, los padres/tutores y el médico deberán firmar un nuevo formulario.

Solamente deben traerse a la escuela los medicamentos recetados al alumno por su médico, médico adjunto, o enfermera titulada que necesitan administrarse de la manera indicada en la Declaración del Médico. El medicamento debe estar dentro de un envase original de la farmacia marcado claramente con el nombre del alumno, nombre del medicamento y la cantidad del medicamento.

Esta parte debe ser llenada por los padres/tutores.

Yo solicito que la enfermera escolar u otra persona designada por del distrito, le administre a mi hijo el medicamento de acuerdo a las instrucciones del médico, contenidas al reverso de este formulario:

Nombre del alumno

Yo reconozco el hecho de que este es un servicio que la escuela no tiene legalmente la obligación de realizar. Yo estoy de acuerdo en sostener inocente y liberar al distrito, sus funcionarios, empleados y agentes, de toda responsabilidad, demanda o queja de cualquier naturaleza o especie, que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento conforme a esta solicitud.

Firma de los padres/tutores

Fecha

Número de teléfono del trabajo/Número de teléfono del hogar