

Blochman Union School District

BENJAMIN FOXEN ELEMENTARY SCHOOL

4949 Foxen Canyon Road

Santa Maria, CA 93454

PHONE (805) 937-1148 • FAX (805) 937-2291

Authorization Form to Administer Medication for School Year: _____

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

School: **Benjamin Foxen Elementary School** Phone: **805-937-1148** Fax: **805-937-2291**

To: Parent/Guardian and Physician: If a medication must be taken during the school day or during a school sponsored overnight trip, it is necessary, in accordance with California Education Code 49423, to have a written statement on file. The statement must be signed by the parent/guardian and the physician indicating a desire that the designated school personnel assist the student with the medication administration. **The authorization must be made annually and/or whenever a change occurs.**

Education code requires that **ALL** medications, prescription and over the counter, must have a completed statement from **BOTH** the physician **AND** parent/guardian **BEFORE** they can be administered. Medication must be provided in the original container labeled with the students name, medication name, dose/strength and specific administration directions. Over-the-counter medications must be in the original container and marked with the student's name.

Parent/Guardian Authorization

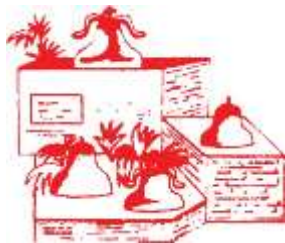
As the parent/guardian of the above-named child, I request that designated school personnel assist in the administration of medication prescribed by the physician. I give consent for the physician and designated school to communicate directly, regarding the administration of the medication. I understand it is my responsibility to bring all medication safely to the school and I agree to refill or replace medications as necessary. I understand that medication administration may be performed by unlicensed assistive personnel. I understand the medication will be stored in a locked area unless the physician indicates that my child is capable of carrying and self-administering it.

Parent Signature: _____ Date: _____ Phone Number: _____

Physician Authorization

I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulation and that medication administration may be performed by unlicensed assistive personnel. State law delegates to each student's physician the decision whether medication, to include insulin, may safely and appropriately be administered by unlicensed assistive personnel or whether a student's needs be met only by a licensed health care provider. **Please place an "X" through any unused columns.**

Name of Medication (s)			
Purpose of Medication (s)			
Dose/Strength			
Medication form (liquid, tablet, inhaler, ect)			
Route of Administration (oral, inhaled, injected, ect.)			
Scheduled Administration times(s) or frequency if PRN			
Duration of need (if other than entire year)			
Precautions, Instructions of adverse effects			
Can the student carry and self-administer medication?			
Expiration Date:			
Physician Signature:	Date:		
Print Name:	Phone:		



Blochman Union School District

BENJAMIN FOXEN ELEMENTARY SCHOOL

4949 Foxen Canyon Road

Santa Maria, CA 93454

PHONE (805) 937-1148 • FAX (805) 937-2291

Formulario de Autorización para Administrar Medicamentos para el Año Escolar: _____

Nombre del estudiante: _____ FDN: _____ Grado: _____

Escuela: **Benjamin Foxen Elementary School** Phone: **805-937-1148** Fax: **805-937-2291**

Para: Padre/tutor y médico: Si se debe tomar un medicamento durante el día escolar o durante un viaje nocturno patrocinado por la escuela, es necesario, de acuerdo con el Código de Educación de California 49423, tener una declaración por escrito en el archivo. La declaración debe estar firmada por el padre/tutor y el médico indicando el deseo de que el personal escolar designado ayude al estudiante con la administración del medicamento. La autorización debe hacerse anualmente y/o cada vez que ocurra un cambio.

El código de educación requiere que TODOS los medicamentos, recetados y de venta libre, deben tener una declaración completa tanto del médico como del padre/tutor ANTES de que puedan administrarse. El medicamento debe proporcionarse en el envase original etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis/potencia y las instrucciones de administración específicas. Los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original y marcados con el nombre del estudiante.

Autorización del padre/tutor

Como padre/tutor del niño mencionado anteriormente, solicito que el personal escolar designado ayude en la administración de los medicamentos recetados por el médico. Doy mi consentimiento para que el médico y la escuela designada se comuniquen directamente con respecto a la administración del medicamento. Entiendo que es mi responsabilidad traer todos los medicamentos de manera segura a la escuela y acepto reabastecer o reemplazar los medicamentos según sea necesario. Entiendo que la administración de medicamentos puede ser realizada por personal de asistencia sin licencia. Entiendo que el medicamento se almacenará en un área cerrada con llave a menos que el médico indique que mi hijo puede cargarlo y autoadministrarlo.

Parent Signature: _____ Date: _____ Phone Number: _____

Autorización del médico

Entiendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y que la administración de medicamentos puede ser realizada por personal de asistencia sin licencia. La ley estatal delega al médico de cada estudiante la decisión de si el medicamento, incluida la insulina, puede ser administrado de manera segura y adecuada por personal de asistencia sin licencia o si las necesidades del estudiante deben ser atendidas únicamente por un proveedor de atención médica con licencia. Coloque una "X" en las columnas no utilizadas.

Nombre del Medicamento(s)			
Propósito de la(s) medicación(es)			
Dosis/Potencia			
Formulario de medicación (líquido, tableta, inhalador, ect)			
Vía de administración (oral, inhalada, inyectada, etc.)			
Hora(s) de administración programada o frecuencia si es PRN			
Duración de la necesidad (si no es todo el año)			
Precauciones, Instrucciones de efectos adversos			
¿Puede el estudiante llevar y autoadministrarse medicamentos?			
Fecha de caducidad:			
Firma del médico:	Fecha:		
Firma del médico:	Número de teléfono:		

