

## LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT REQUEST FOR SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

|   |            |                |            |          |
|---|------------|----------------|------------|----------|
| Student's Last Name   | First Name | Sex            | Birth date | School   |
| Name of Medication  |            |                | Start Date |          |
| Dosage Prescribed   |            | Time/Frequency |            | Route    |
| (Mouth, Ear, Eye, Etc.)   |            |                |            |          |
| How long medication is to be taken? <input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> short-term |            |                |            |          |
| Date medication to be discontinued or # of days to be given   |            |                |            |          |
| Purpose of medication or diagnosis  |            |                |            | ICD Code |

### LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (To be completed by a Licensed Health Care Provider)

This student's medical condition requires immediate use of \_\_\_\_\_ (medication) and the student's well being is in jeopardy unless the medication is carried on his/her person while at school. I certify that this student has demonstrated knowledge of correct dosage and usage and is physically, mentally, and behaviorally capable of administering this medication. Medication is to be used by the above student as indicated above.

Please check where applicable:

- The medication may have adverse side effects (explain): \_\_\_\_\_
- Special instructions and/or comments: \_\_\_\_\_

The student for whom this medication is prescribed is under my care.

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| Print name of licensed health care provider                    | Signature | Date                                   |
| Address  | City      | State                                  |
|  | Zip Code  | Telephone ( )                          |
| Print name of Supervising Physician (if N.P., Midwife or P.A.) |           | Furnishing Number (if N.P. or Midwife) |

### PADRE/MADRE/TUTOR

Solicito que a mi hijo(a), \_\_\_\_\_, se le permita tomar el medicamento en la escuela. Asumo plena responsabilidad por el suministro de la medicación y me atengo a la normativa y procedimientos establecidas por el Distrito que figuran al dorso de este documento. Solicito que la escuela cumpla con las órdenes dictadas por el médico cuyo nombre figura en este documento.

Considero que mi hijo(a) se encuentra en un estado físico, mental y de conducta que le permiten asumir la responsabilidad de tomarse el medicamento por sus propios medios. Mediante la presente expresamente eximo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles de todo derecho o reclamo de cualquier índole que yo pudiera tener en contra del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, de la Junta de Educación del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, así como contra sus integrantes, voluntarios, o empleados, que pudiera surgir a consecuencia o en relación con la solicitud presentada.

Otorgo permiso para el intercambio de información con respecto al consumo individual de medicamentos en la escuela entre el médico autorizado y la farmacia.

|                              |                     |                     |
|------------------------------|---------------------|---------------------|
| Nombre del padre/madre/tutor | Firma               | Fecha               |
| ( )                          | ( )                 | ( )                 |
| Teléfono                     | Teléfono de trabajo | Teléfono de celular |

### SCHOOL PERSONNEL

I have received the request of the parent/guardian and orders of the above licensed health care provider and believe that the above student is physically, mentally, and behaviorally capable of self-administering this medication at school.

|                               |                           |      |
|-------------------------------|---------------------------|------|
| Signature of School Principal | Signature of School Nurse | Date |
|-------------------------------|---------------------------|------|

## **DIRECTIVAS ESTABLECIDAS POR EL DISTRITO CON RESPECTO AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR**

1. Los medicamentos con receta deben estar debidamente etiquetados por una farmacia de los Estados Unidos y deben contener la siguiente información: (conforme con la receta de un médico titulado y debidamente autorizado)
  - ❖ Nombre completo del estudiante
  - ❖ Nombre del médico
  - ❖ Dosis, horarios, medio y forma de administración
  - ❖ Periodo de tiempo en que se ingerirá el medicamento: 1 año o corto período de tiempo (fecha en que el medicamento debe ser descontinuado o número de días que el medicamento debe ser administrado.)
2. Los medicamentos que no requieran receta (es decir, de venta libre al público), que hayan sido autorizados a través de la presente solicitud, podrán ser suministrados en la escuela únicamente si están en su envase original.
3. Las solicitudes para el suministro de medicamentos durante el horario escolar deberán renovarse anualmente.
4. En caso de ocurrir un cambio en la medicación del estudiante, en su estado de salud, o en relación al médico autorizado, el padre de familia o tutor legal le notificará a la enfermera escolar o al administrador de la escuela y llenará una nueva solicitud para el suministro de medicamentos durante el horario escolar.
5. Los medicamentos inyectables, que se suministren en casos de emergencia, requieren de preparación especial y capacitación del personal escolar a cargo de la enfermera escolar habilitada.
6. Una copia de la presente autorización debe acompañar al medicamento.