

NEWHALL SCHOOL DISTRICT
Authorization to Administer Physician-Prescribed Medications

Dear Parent or Guardian:

The Newhall School District wants to assist you, your physician, and your child with authorized physician prescribed medicines. This form requires **your signature** and the **signature of your physician** in order for your child to be administered medication in the school setting. Please sign and then **take this form to your physician for his/her signature.** * Medication cannot be administered at school unless this form is completed and returned to the school. This includes over the counter medications.

I authorize personnel of the Newhall School District to administer physician prescribed medicines to my child, in conformity with California Education Code Section 49423. If this authorization is for a continuing medication given on a daily basis at school, this authorization is effective only through the last day of the current school year and will need to be renewed thereafter.

Name of Child M/F Date of Birth

Parent Signature Date

The completion of this form will authorize Newhall School District to contact your child’s physician with questions pertaining to the administration of the medications listed below.

Attention Physician:

The medication listed below is prescribed for _____ and needs to be
(condition)
taken during school hours.

Name of Medication	Dose	Route	Time(s)

Possible side effects: Sleepiness Dizziness Stumbling Other
 Irritability Headache Stomach ache
 Nausea/vomiting Photosensitivity Diarrhea

Note: Medication given at home may also modify learning behavior. Therefore, we request information regarding any physician-prescribed medication given at home.

The medication listed below is prescribed for this child to be taken only before 8:00 a.m. or after 3:00 p.m.

Medication: _____ Purpose: _____

*Physician’s Signature: _____ Physician’s Phone No. _____

Physician’s Name (printed): _____

NPI# _____

Physician’s Address: _____

DISTRITO ESCOLAR NEWHALL
AUTORIZACIÓN PARA DISPENSAR MEDICINAS RECETADAS POR UN DOCTOR

Estimados padres de familia o tutores,

El Distrito Escolar Newhall quiere ayudarles a ustedes, a su médico y a su niño(a) con la medicina recetada por su médico. Para poder dispensar el medicamento a su hijo(a) en la escuela, deberán entregar este formulario con **su firma** y la **firma del médico**. Después de firmar este formulario, **llévenlo a su médico y pídanle que también lo firme.***

Autorizo a los empleados del Distrito Escolar Newhall a suministrar a mi hijo(a) la medicina recetada por mi médico de acuerdo al Artículo 49423 del Código de Educación de California. Si esta autorización es para continuar suministrando una medicina que ya se administra diariamente en la escuela, esta autorización se mantendrá en vigencia hasta el último día del año escolar presente y será necesario renovarla el próximo año.

Nombre del alumno(a) **Fecha de nacimiento** **Firma del padre/ Fecha**
Al completar este formulario, usted autoriza al Distrito Escolar Newhall ponerse en contacto con el médico de su hijo(a) para hacerle preguntas acerca de la dispensa de los medicamentos mencionados en la parte de abajo.

NO SE ADMINISTRARÁ EN LA ESCUELA NINGUN MEDICAMENTO RECETADO POR SU MEDICO SIN TENER ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA APROPIADAMENTE.

ATENCIÓN MÉDICOS:

Los medicamentos de la lista siguiente son recetados para _____ (nombre del niño), que tomará durante las horas de escuela (8:30 a.m. – 3:00 p.m.) Por favor describa la dosis exacta y la hora exacta.

Nombre(s) del medicamento(s)	Dosis	Hora(s)

Posibles efectos secundarios: Sueño Mareo Pérdida de equilibrio
 Irritabilidad Dolor de cabeza Dolor de estómago
 Nausea/vómito Fotosensibilidad Diarrea
 Otro

Este medicamento es recetado a partir de (fechas) _____ hasta _____.

NOTA: El medicamento dado en el hogar podría también modificar el comportamiento de aprendizaje. Por lo tanto, nosotros solicitamos información respecto a cualquier medicamento recetado por el doctor dado en el hogar.

La lista de medicamentos de la lista siguiente es recetada para que este niño la tome solamente antes de las 8:30 a.m. o después de las 3:00 p.m.

Medicamento: _____ Propósito: _____
Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____
***Firma del doctor:** _____ No. de teléfono del doctor. _____
Domicilio del doctor: _____
NPI# _____