NEWHALL SCHOOL DISTRICT
72 HOUR DISASTER MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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, in the event of an emergency. Please sign and then **take this form to your physician for his/her signature.***

_______________________________________ ________________________

Name of Child **Birthdate**

____ _____________________

Teacher/Grade **School Year**

PARENT/GUARDIAN STATEMENT (please initial):

__ I request that the following prescription medication be given to my child named above for the purpose of medication administration by school staff during a disaster where my child may be under school supervision for an undetermined amount of time, for this condition____

__ I understand that only current medications will be given at school.

__ I understand that in the absence of the school nurse, other trained school staff will administer the medication.

__ I will notify the school immediately if the medication is changed, and understand that the nurse may contact the health care provider or pharmacist regarding this medication.

__I understand that this medication will be destroyed unless picked up by the end of the last student school day of the year.

I authorize personnel of the Newhall School District to administer physician-prescribed medicines to my child, in conformity with California Education Code Section 49423.

Parent Signature: ______________________________ **Date: ______________**

Name(s) of Medication(s)	Dosage	Time(s)	Purpose

Special medication considerations: ____

Possible medication side-effects: ____

***Physician Signature: _________________________________** **Physician Phone Number: ________________**

Physician 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 **Firma del padre**

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: ____