

Kingsburg Elementary School District MEDICATION AT SCHOOL FORM

Please **CIRCLE** the school of attendance listed below (all locations in Kingsburg, CA 93631):

Washington Elementary – K 1501 Ellis Street Ph: 559-897-6864 Fax:559-897-6863	Roosevelt School – 1 1185 10 th Street Ph: 559-897-5193 Fax:559-897-6865	Lincoln Elementary – 2-3 1900 Mariposa Street Ph: 559-897-5141 Fax:559-897-3537	Reagan Elementary – 4-6 1180 Diane Avenue Ph: 559-897-6986 Fax:559-897-6987	Rafer Johnson – 7-8 1300 Stroud Avenue Ph: 559-897-1091 Fax:559-897-6867	Central Valley Home School 1776 6th Avenue Drive Ph: 559-897-6740 Fax: 559-897-6872
--	--	--	--	---	--

CHILD'S NAME _____ Birthdate _____

PARENT'S NAME _____

Dear Parent:

Education code section 49423, 49423.6, and 49423.1 defines certain requirements for administration of medication, "... 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 physician detailing the method, amount, and time schedules by which such medication is to be taken and (2) a written statement from the parent or guardian of the pupil indicating the desire that the school district assist the pupil in the matter set forth in the physician's statement."

The medication must be clearly labeled and sent to school in the container from the pharmacy.

A new "MEDICATION AT SCHOOL" form must be provided annually or if there is a change in the health care provider, medication, dosage, method or time medication is required to be taken.

PARENT'S REQUEST

We the undersigned, who are parents/guardian of _____ request the school nurse or designated school personnel, assist the pupil in matter set forth by the physician's statement. In the event of an untoward or subsequent reaction, it is understood that they, as school personnel, will in no way be held responsible for carrying out this request. Parent may at any time submit a written statement rescinding parent consent for administration of medication at school. We give permission to the school nurse/health aide and physician/agency to disclose and discuss information.

Date: _____ Signature of Parent/Guardian _____

PHYSICIAN'S ORDERS

Medication	Dose	Route	Time(s) To Be Given
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

1. Diagnosis or Reason for Medication _____

2. Time limit on medication (i.e. 10 days, 1 month, etc.) _____

Date: _____ Telephone Number : _____ **Physician's Signature** _____

Physician's Address: _____ Physician's Name (please print): _____

* For additional information, please call the school.

School Nurse/Date received

**Distrito de Escuelas Primarias de Kingsburg
FORMULARIO PARA PROVEER MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

Por favor encierre en un CÍRCULO la escuela de asistencia listada abajo (todas ellas en Kingsburg, CA 93631):

Washington Elementary – K 1501 Ellis Street Ph: 559-897-6864 Fax:559-897-6863	Roosevelt School - 1 1185 10 th Street Ph: 559-897-5193 Fax:559-897-6865	Lincoln Elementary – 2-3 1900 Mariposa Street Ph: 559-897-5141 Fax:559-897-3537	Reagan Elementary – 4-6 1180 Diane Avenue Ph: 559-897-6986 Fax:559-897-6987	Rafer Johnson – 7-8 1300 Stroud Avenue Ph: 559-897-1091 Fax:559-897-6867	Central Valley Home School 1776 6th Avenue Drive Ph: 559-897-6740 Fax: 559-897-6872
--	--	--	--	---	--

NOMBRE DEL NIÑO _____ Fecha de nacimiento _____

NOMBRE DE LOS PADRES _____

Estimado padre:

El Código de la Educación sección 49423, 49423.6, y 49423.1 define ciertos requerimientos para la administración de los medicamentos, "...cualquier alumno que sea requerido tomar, durante el día escolar regular, medicamentos prescritos para el/ella por un medico, puede ser asistido por la enfermera de la escuela u otro personal designado en la escuela, siempre que el distrito escolar reciba (1) una declaración por escrito de dicho medico detallando el método, monto y horario para cual dicho medicamento debe ser administrada y (2) una declaración por escrito del padre o custodio legal del alumno, indicando el deseo de que el distrito escolar asista al alumno en ese asunto indicado en la declaración del médico".

El medicamento debe estar claramente señalada y enviada a la escuela en el recipiente original de la farmacia.

Se deberá proveer de un nuevo formulario de "MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA" cada año o si hay algún cambio en el proveedor de salud, medicamento, dosis, método u hora para tomar la medicación.

SOLICITU DE LOS PADRES

Nosotros, los firmantes, quienes somos padres/custodios legales de _____ solicitamos a la enfermera de la escuela o personal designado de la escuela, para que asista al alumno en la manera descrita en la declaración del médico. En el caso de una reacción desagradable o posterior, se entiende que ellos, como personal de la escuela, en ninguna manera serán responsables por llevar a cabo esta petición. Los padres podrán presentar en cualquier momento una declaración escrita, revocando el consentimiento de los padres para la administración de medicamentos en la escuela. Damos permiso a la enfermera/asistente de salud de la escuela y al médico/agencia para entregar y discutir esta informacion.

Fecha: _____ Firma del padre/custodio _____

ORDENES DEL MEDICO

Medicamento	Dosis	Vía	Hora(s) a ser administrado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

1. Diagnostico o razón para el medicamento _____

2. Tiempo limite para el medicamento (ej. 10 días, 1 mes, etc.)

Fecha: _____ Número de teléfono: _____ Firma del médico

Dirección del médico: _____ Nombre del médico (letra de molde): _____

* Para informacion adicional, por favor llame a la escuela.

Enfermera de la escuela/Fecha recibida