



**LITTLE LAKE CITY SCHOOL DISTRICT**  
 10515 S. Pioneer Blvd., Santa Fe Springs, CA 90670 (562) 868-8241

**AUTHORIZATION FOR ADMINISTERING MEDICATION AT SCHOOL**

California Education Code, Section 49423, allows the school nurse or other designated school personnel to assist students who are required to take medication during the school day. This service is provided to enable the student to remain in school, to maintain or improve health status, and to improve the potential for education and learning.

STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_ BIRTHDATE: \_\_\_\_\_

SCHOOL OF ATTENDANCE: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ PHONE NUMBER: \_\_\_\_\_

SCHOOL ADDRESS: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**THIS SECTION TO  
BE COMPLETED BY  
PHYSICIAN LICENSED  
IN CALIFORNIA**

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Medication prescribed: \_\_\_\_\_

Dose Form: \_\_\_\_\_ Dose Amount: \_\_\_\_\_

Route of Administration: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

If prn (as needed):  every 3 hrs  every 4 hrs  every 6 hrs  other: \_\_\_\_\_

**For Asthma Inhaler**

In case of a moderate to severe attack, while waiting for parent and/or paramedics, can this inhaler be given before the next dose is due?  Yes  No

If Yes:  30 mins after the 1<sup>st</sup> dose  1 hour after the 1<sup>st</sup> dose  other: \_\_\_\_\_

If No: *specify other treatment/remedy* \_\_\_\_\_

Date of Prescription: \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_

Precautions or possible adverse side effects including storage instructions: \_\_\_\_\_

It is necessary for this medication to be taken by the above named student during the school day as prescribed.

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician's Name: \_\_\_\_\_ License No: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

**THIS SECTION TO  
BE COMPLETED BY  
PARENT/GUARDIAN**

I authorize school personnel to administer the above medication to my child as ordered by our physician. I authorize designated staff to communicate with the physician regarding my child's medical condition or the medication prescribed.

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_  
 (Signature) (Date)

Phone/ Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

**NO OVER-THE-COUNTER MEDICINES WILL BE GIVEN AT SCHOOL WITHOUT A PHYSICIAN'S ORDER.**  
**MEDICATION MUST BE DELIVERED TO THE SCHOOL OFFICE BY THE PARENT OR DESIGNATED ADULT.**  
**MEDICATION MUST BE IN AN ORIGINAL CONTAINER PROPERLY LABELED BY THE PHARMACY,**  
**NO OTHER CONTAINERS WILL BE ACCEPTED.**  
**THIS FORM MUST BE RENEWED AT THE BEGINNING OF EACH SCHOOL YEAR.**  
**THIS FORM MUST BE RENEWED WHENEVER THERE IS A CHANGE IN PRESCRIPTION.**



# LITTLE LAKE CITY SCHOOL DISTRICT

10515 S. Pioneer Blvd., Santa Fe Springs, CA 90670 (562) 868-8241

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

El Código de Educación de California, Sección 49423, permite a la enfermera escolar, o a otra persona del personal escolar designada, ayudar a los estudiantes que necesitan tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio es proporcionado para que el estudiante pueda quedarse en la escuela, para mantener o mejorar su salud, y para mejorar el potencial para su educación y su aprendizaje.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC. \_\_\_\_\_

ESCUELA A LA QUE ASISTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

ESTA SECCIÓN ES  
PARA QUE LA LLENE  
UN MÉDICO CON  
LICENCIA EN  
CALIFORNIA

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicamento recetado: \_\_\_\_\_

Forma de la dosis: \_\_\_\_\_ Cantidad de la dosis: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Vía de administración: \_\_\_\_\_

Si esta necesitado:  cada 3 horas  cada 4 horas  cada 6 horas  otra: \_\_\_\_\_

Para El Inhalador del Asma:  
En caso de un ataque moderado o severo, mintras que para padre y/o paramedicos que esperan, puede este inhalador ser dado antes de que la dosis siguiente sea debida?  Si  No  
Si sA:  30 mins despues de la 1ra dosis  1 hora despues de la 1ra dosis  otra \_\_\_\_\_  
Si ningAn:especifique el otro tratamiento/remedio \_\_\_\_\_

Fecha de la receta: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Precauciones o posibles efectos secundarios adversos, incluyendo instrucciones para guardarse:

\_\_\_\_\_

Es necesario que este medicamento lo tome el estudiante mencionado arriba durante el día escolar según lo recetado.

Médico: \_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
(Con letra de molde) (Número de la licencia)

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

ESTA SECCIÓN ES  
PARA QUE LA LLENE  
EL PADRE, LA  
MADRE O GUARDIÁN

Yo autorizo al personal escolar para que edministre el medicamento mencionado arriba a mi hijo/a según lo ordenado por nuestro médico. Yo autorizo al personal designado a comunicarse con el médico referente a la condición médica de mi hijo/a o al medicamento recetado.

Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)

Teléfono/ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**NO SE DARÁN MEDICINAS COMPRADAS SIN RECETA MÉDICA EN LA ESCUELA SIN UNA ORDEN DEL MÉDICO.**  
**EL MEDICAMENTO DEBE SER ENTREGADO EN LA OFICINA DE LA ESCUELA POR UNO DE LOS PADRES O UN ADULTO DESIGNADO.**  
**EL MEDICAMENTO DEBE ESTAR EN EL RECIPIENTE ORIGINAL CON LA ETIQUETA APROPIADA DE LA FARMACIA.**  
**NO SE ACEPTARÁ NINGÚN OTRO RECIPIENTE.**  
**ESTA FORMA DEBE SER RENOVADA AL PRINCIPIO DE CADA AÑO ESCOLAR.**  
**ESTA FORMA DEBE SER RENOVADA CADA VEZ QUE HAYA UN CAMBIO EN LA RECETA.**