

PORTERVILLE UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
CREDENTIALLED SCHOOL NURSES  
Porterville Unified School District  
600 W. Grand Ave.  
Porterville Ca, 93257  
Phone: 559-793-2488 Fax: 1-888-600-4352



**MEDICATION IN SCHOOL FORM**  
*(For Prescription and Over-The-Counter Drugs)*

TO: SCHOOL ADMINISTRATOR Date: \_\_\_\_\_  
ATTN: SCHOOL NURSE School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
PARENT (Please complete): I give consent for school personnel to provide medication as ordered for my child. I also give consent for the school nurse and my child's medical care provider to exchange medication information regarding my child.  
Student Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian signature: \_\_\_\_\_

Students may carry their inhaler or Epi-pen at school if the physician specifically states this on the order. Parents are responsible for providing the medication daily and will hold harmless school personnel with regard to their child's medication at school.

\*\*\*\*\*

Licensed Healthcare Provider (Please complete):  
Medication is absolutely necessary at school for the following reason:

\_\_\_\_\_  
Medication: \_\_\_\_\_  
Dosage: \_\_\_\_\_  
Time Limit (i.e. 3 months, 6 months, 1 year\*): \_\_\_\_\_  
May carry inhaler: yes \_\_\_ no \_\_\_ May carry Epi-Pen: yes \_\_\_ no \_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Prescribing Healthcare Provider Signature/Title (MD, DO, FNP, PA)  
Provider address: \_\_\_\_\_ Provider phone: \_\_\_\_\_

**THIS REPORT IS TO BE RETURNED TO THE SCHOOL NURSE OR ADMINISTRATOR BY PARENT OR DOCTOR**  
\*\*\*\*\*

**MEDICATION IN SCHOOL**

California Ed. Code 49423 states that medication can be given at school with the following provisions:

1. A request in writing signed by the parent.
2. An order in writing from the physician giving instructions for medication dosage, and the method of administration. No medications can be given without a physician's signature.
3. Medication must be in the original & current prescription container.
4. A medication in school form must be completed each school year for long term medications.

*\*This form is only valid for the current school year.*

PORTERVILLE UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
CREDENTIALLED SCHOOL NURSES  
Porterville Unified School District  
600 W. Grand Ave.  
Porterville Ca, 93257  
Phone: 559-793-2488 Fax: 1-888-600-4352



**FORMA PARA MEDICINAS EN LA ESCUELA**  
(Con receta y medicinas de mostrador)

PARA: El Administrador de la Escuela Fecha: \_\_\_\_\_

ATENCION: Enfermera de la Escuela Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

PADRE/GUARDIAN (Por favor complete): Yo doy consentimiento para que el personal escolar provee la medicina como está recetada para mi estudiante. También doy consentimiento para que la enfermera de la escuela y el proveedor médico de mi estudiante intercambien información acerca de las medicinas de mi estudiante.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Los estudiantes pueden tener consigo en la escuela el inhalador o Epi Pen si el médico especifica en la receta. Los padres son responsables de proveer la medicina diariamente y no culpará al personal de la escuela con referencia a la medicina de su estudiante en la escuela  
\*\*\*\*\*

Licensed Healthcare Provider (Please complete): Esta sección debe ser llenada por el proveedor médico

Medication is absolutely necessary at school for the following reason:

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

Dosage: \_\_\_\_\_

Time Limit (i.e. 3 months, 6 months, 1 year\*): \_\_\_\_\_

May carry inhaler: yes\_\_\_ no\_\_\_ May carry Epi-Pen: yes\_\_\_ no\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Prescribing Healthcare Provider Signature/Title (MD, DO, FNP, PA)

Provider address: \_\_\_\_\_ Provider phone: \_\_\_\_\_

**ESTA FORMA DEBE SER REGRESADA POR EL PADRE O EL DOCTOR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA O ADMINISTRADOR DE LA ESCUELA**

\*\*\*\*\*

**MEDICINA EN LA ESCUELA**

Código de Educación de California 49423 declara que la medicina puede ser administrada en la escuela con las siguientes provisiones:

1. Una solicitud por escrito firmada por el padre/guardian .
2. Una orden por escrito del doctor dando instrucciones para la dosis del medicamento y el método de administración. Ninguna medicina puede ser dada sin la firma del doctor.
3. La medicina prescrita debe de estar en el envase original y con la fecha de la receta al día.
4. Una forma de medicina en la escuela debe de ser completada cada año escolar para medicamentos de largo plazo.

**\*Esta forma solo es válida para el año escolar actual.**