

School: _____ Phone: _____ Fax: _____

PLEASANTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT
PRESCRIPTION OR OVER THE COUNTER MEDICATION CONSENT FORM (Spanish Version)
FORMULARIO PARA PADRES DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES A LA VENTA CON O SIN PRESCRIPCIÓN MEDICA

TO BE COMPLETED BY PARENT:

SECCION COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ ID # _____ Grado _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del Trabajo / Celular del Padre _____

Este formulario debe ser llenado completamente y firmado cada año escolar por el padre / tutor del niño y por su medico, para que el niño pueda ser asistido con la administración de medicamentos por el personal del Distrito en cualquier escuela.

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER:

SECCION COMPLETADA POR EL MÉDICO :

Name of the Medication

Dosage

Method

Schedule or Time the Medication Is Given

Purpose of the Medication

Duration

Special Instructions: (i.e. storage, restrictions, and important side effects)

Name of the Medication

Dosage

Method

Schedule or Time the Medication Is Given

Purpose of the Medication

Duration

Special Instructions: (i.e. storage, restrictions, and important side effects)



Health Care Provider Signature

Date

Pursuant to Education Code Section 49423, I authorize in the absence of a School Nurse Nurse, designated trained unlicensed school personnel to assist with medication administration For this student according to the prescription/dosage/schedule instructions listed above.

Pursuant to Education code Section 49423, I authorize in the absence of a school nurse, designated trained unlicensed school personnel to assist with medication administration according to the prescription/dosage/schedule instructions listed above.

En virtud del Código de Educación Sección 49423. Yo autorizo en ausencia de la enfermera del distrito, a la secretaria de salud u otro personal escolar asignado, para ayudar con la administración de medicamentos para mi hijo/a, de acuerdo a las instrucciones descritas en la receta médica/farmacéutica indicada anteriormente.

I UNDERSTAND AND AGREE TO: ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON:

- 1 . Asumir la responsabilidad de conseguir el medicamento de mi hijo en su envase original, suministros y equipos a la oficina de la escuela
- 2 . Informar por escrito al personal del plantel escolar, acerca de cualquier información importante o instrucciones especiales relacionadas con la administración del medicamentos a mi hijo
- 3 . Informar inmediatamente al personal del plantel escolar de cualquier cambio en el regimen médico de mi hijo, autorizar al médico de que estoy dispuesto llenar un nuevo formulario
- 4 . Asegurarme de que mi hijo toma la responsabilidad de tomar el medicamento según las instrucciones
- 5 . Dividir el medicamento para tener una dosis correcta en el hogar
- 6 . Recoger todos los medicamentos al final del año escolar
- 7 . Este documento da autoridad a la enfermera del distrito u otro personal escolar designado, a consultar sobre el medicamento con el médico/farmacéuta que prescribe.

I HAVE READ AND UNDERSTOOD THIS FORM AND CONSENT TO THE ABOVE PROVISIONS.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO Y DOY CONSENTIMIENTO A LAS DISPOSICIONES ANTERIORES .

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

Reviewed by _____ Date: _____ District Nurse Site Administrator