WINDSOR UNIFIED SCHOOL DISTRICT
AUTHORIZATION FOR ADMINISTERING MEDICATION

The California Education Code #49423 and BP #5141.21 provides for any pupil who is required to take prescribed medication, during the regular school day, to provide the district with a written statement from the physician setting out the specific name of the medication, detailing the method, amount, and time schedule the medication is to be taken. Also, a written release from the parent or guardian of the student indicating the desire that the school district assist the student in the matter set forth in the physician's statement. All medications must be in an appropriately labeled prescription container and picked up by the last day of school.

Health Care Provider Instructions

Student's Name_____Birthdate_____

Medication_____

Dosage_____

- Student is able to carry and self-administer this medication ____YES ____NO

Side effects to watch for_____

Signature of Health Care Provider_____ Date_____

Parent Release

I agree to hold the school district and its employees free from any and all responsibility for the result of such medication or the manner in which it is administered and to indemnify each of them against loss by reason of any civil judgment arising out of these arrangements which may be rendered to them. Medication may be administered by a health technician, secretary or other designated employees of the district. I may terminate consent for assistance with the dispensing of medication to my child at any time.

I grant permission for the school nurse or administrator to communicate directly with my student's authorized health care provider or pharmacist as necessary, regarding the health care provider's written statement or any other questions that may arise with regard to this medication.

Signature of Parent/Guardian_____ Date_____

- My student is able to carry and self-administer this medication ____YES ____NO

I hereby release, hold harmless, and agree to defend the district, its officers, agents and employees from any demands, suits, losses, actions, costs, judgments or claims of any kind including those that are known or unknown except those for gross negligence arising out of or related to this authorization including school personnel and district from civil liability if the student suffers an adverse reaction as a result of self-administering this medication.

Signature of Parent/Guardian_____ Date_____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WINSOR

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Conformidad al Código de Educación de California 49423 y BP 5141.21, si un alumno(a) necesita tomar medicación prescrita, durante el día escolar regular, se requiere que el padre o tutor proporcione al distrito con una declaración escrita del médico que establezca el nombre específico de la medicina, detallando el método, cantidad, y el horario de la medicina que debe ser administrada. Además, se necesita un comunicado por escrito del padre o guardián del estudiante indicando el deseo de que el distrito escolar asista al estudiante en el asunto escrito en la declaración del médico. Todos los medicamentos deben estar en un contenedor de prescripción adecuadamente etiquetado y recogidos el último día de clases.

Instrucciones para el Proveedor de Atención Médica

Nombre del Estudiante:_____

Fecha de Nacimiento:_____

Medicamento:_____

Dosis :_____

- El estudiante puede llevar consigo y auto-administrarse este medicamento Si ___ No ___

Efectos secundarios que hay que prestar atención:_____

Firma del Proveedor de Atención Médica:_____ Fecha:_____

Comunicado Para los Padres

Estoy de acuerdo en que el distrito escolar y sus empleados sean libres de cualquier y toda responsabilidad por el resultado de dicho medicamento o la manera en que se administra y de indemnización a cada uno de ellos contra la pérdida debido a cualquier fallo civil que surja de estos acuerdos que pueden ellos prestados. La medicina puede ser administrada por un técnico de atención médica, secretario u otros empleados designados del distrito. Yo puedo cancelar el consentimiento para recibir asistencia con la dispensación de medicamentos a mi hijo(a) en cualquier momento.

Yo doy permiso para que la enfermera escolar o administrador/a se comunique directamente con el proveedor de atención de la salud autorizado de mi estudiante o
farmacéutico si es necesario, en relación con la declaración escrita del proveedor de atención médica o cualquier otra cuestión que pueda surgir con respecto a este medicamento. Firma del Padre / Guardián:_____ Fecha:_____

- Mi estudiante puede llevar consigo y auto-administrarse este medicamento ___ Si ___ No

Yo por la presente libero, exonero, y estoy de acuerdo para defender el distrito, sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier demanda, pérdidas, acciones, costos, juicios o reclamos de cualquier tipo, incluidos los que se conocen o no, excepto aquellos por negligencia grave que surja de o esté relacionada con esta autorización incluido el personal de la escuela y el distrito de la responsabilidad civil si el estudiante sufre una reacción adversa como resultado de la auto-administración de este medicamento.

Firma del Padre/Guardián:_____ Fecha:_____