

Santa Maria Joint Union High School District

2560 SKYWAY DRIVE - SANTA MARIA CA 93455

TEL: (805) 922-4573 - FAX: (805) 928-9916

MEDICATION CONSENT FORM INFORMATION

NOTE: When possible, parents are advised to give medication at home and on a schedule other than during school hours. If it is necessary that a medication be given during school hours, the following regulations must be followed:

1. Medication must be prescribed/advised by a physician. **THIS INCLUDES OVER THE COUNTER MEDICATION.**
2. Medication must be brought to school by the parent or guardian in the original container with appropriate label/instructions intact. When you get prescriptions filled you can ask pharmacist to put prescription into two containers so you will have one for school and one for home use.

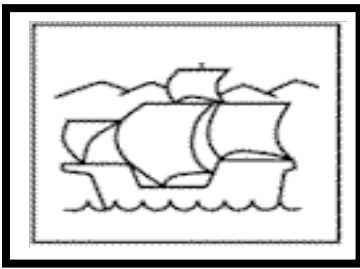
Medication can not be brought to school by the student.

3. Medication instruction must be completed and coincide with pharmacy label.
4. Parent/Guardian **MUST** sign the medication administration form, granting designated school personnel permission to administer medication, according to regulation set herein.
5. Prescribing physician **MUST** sign the medication administration form/s for all medication requests.
6. Permission granted to registered nurse at school to contact physician if necessary
7. Contact the school nurse if you have any question.

ERHS/Delta
Health Office
(805) 937-2051 x 2720/2718

SMHS/Reach program
Health Office
(805) 925-2567 x 3312/3381

PVHS
Health Office
(805) 922-1305 x 5760/5753



Santa Maria Joint Union High School District

2560 SKYWAY DRIVE - SANTA MARIA CA 93455
TEL: (805) 922-4573 - FAX: (805) 928-9916

Forma de Consentimiento Para Administrar Medicamentos

NOTA: Cuando sea posible, se les aconseja a los padres dar los medicamentos a su hija/o en la casa. Deben seguir un horario fijo. Si es necesario que los medicamentos sean tomados durante las horas de escuela, las siguientes reglas aplican:

1. Los medicamentos tienen que ser recetados/aconsejados por un médico/dentista.
ESTO INCLUYE A LOS MEDICAMENTOS QUE SE COMPRAN EN LA FARMACIA SIN RECETA.
2. Los padres ó el guardián tienen que traer los medicamentos a la escuela en el envase original con la etiqueta/instrucciones apropiadas e intactas. Cuando vayan a la farmacia, pueden pedir al farmacéutico que les dé las recetas en dos envases: uno para la escuela y otro para la casa.

Los medicamentos no pueden ser enviados con el alumno en el autobús de la escuela.

3. Las instrucciones para los medicamentos tienen que ser completadas y deben coincidir con la etiqueta de la farmacia.
4. El padre/guardián TIENE que firmar esta forma, dando permiso al personal de la escuela para administrar el medicamento, según las regulaciones mencionadas anteriormente.
5. El médico encargado de ordenar las recetas TIENE que firmar cada petición para el medicamento.
Si es necesario se debe dar permiso a la enfermera de la escuela para contactar al médico/dentista.
6. Contacte a la enfermera de la escuela si tiene alguna pregunta:
Preparatoria

Ernest Righetti / Delta
(805) 937-2051 x 2718, 2719, 2720

Preparatoria Santa Maria/Reach
(805) 925-2567 x 3581 or 3582

Preparatoria Pioneer Valley
(805) 922-1305 x 5760 or 5753

**SANTA MARIA JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
Parent Consent and Healthcare Provider Authorization
For Management of Medications at School and School Sponsored Events**

Student _____	Birth date _____	School _____	Grade _____
----------------------	-------------------------	---------------------	--------------------

Healthcare Provider
Please check all boxes that apply

Diagnosis for which medication is prescribed: _____

Medication: _____ **Dosage:** be specific, how many tabs/ml, etc. _____

Time of day to be given: _____ **Frequency if "as needed":** _____

Method of administration:

oral topical drops: Eyes/Ears/Nose R/L injections Other _____

Precautions, reactions, or side effects: _____

For Severe Allergy: If the following symptoms occur:

skin rash hives swelling (eyes/lips) choking

loss of consciousness seizure/convulsions

Use: Epi-pen Jr. as directed Epi-pen as directed

Call 911 / Transport student to nearest emergency room

Medication Storage and Handling:

Routine handling, medications in locked storage in Health office

Refrigeration

If medically necessary:

Child trained to carry and self-administer medication

Child to carry, school personnel to administer

Additional Orders: _____

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION

My signature below provides authorization for the above written orders. I understand that administration of medication to students will be implemented in accordance with state law governing school health services. I understand that administration of medication to students may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the school nurse. **This authorization is for a maximum of one year.** If changes are indicated, I will provide new written authorization (may be faxed).

I have instructed _____ in the proper way to use his/her medication. It is my professional opinion that he/she can carry and administer his/her emergency medication or Epi-pen by him/herself.

AUTHORIZED HEALTHCARE PROVIDER:

Signature _____ **Date** _____

Phone Number _____ **Fax** _____

Stamp Physician Name/address:

PARENT OR GUARDIAN CONSENT FOR MANAGEMENT OF MEDICATIONS AT SCHOOL AND SCHOOL SPONSORED EVENTS

I, the undersigned parent/guardian of the above named student, request that the prescribed medication be **administered and/or assisted by trained school personnel** to my child in accordance with the state laws and regulations. I will:

1. Provide the necessary supplies and equipment.
2. Notify the school nurse if there is any change in student health status or attending physician.
3. Notify the school nurse immediately and provide new consent for any changes in doctor's orders.

Parent/Guardian Signature: _____ **Print Name:** _____ **Date:** _____

Self-administration

I request that my child be allowed to carry and self-administer his/her emergency medication or Epi-pen. I agree to and do hereby hold the District and its officers, agents, employees and/or volunteers harmless for any and all claims, demands, causes of actions, liability, damages, expenses, or loss of any sort, including bodily injury or death, because of or arising out of actions of omissions with respect to the administration of the medication (s).

Parent/Guardian Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____

Initial: _____

I authorize the school nurse to communicate with the physician when necessary.

I request a copy of the completed Individualized Healthcare Plan from the School Nurse

I hereby authorize the School Nurse to release the completed Individualized Healthcare Plan to my student's instructors, healthcare staff.

Reviewed by School Nurse: _____ Date: _____

NOTE: ALL MEDICATION MUST BE PRESCRIBED, INCLUDING OVER-THE-COUNTER MEDICATIONS. MEDICATIONS MUST BE IN THE ORIGINAL CONTAINER AND THE LABEL MUST INCLUDE THE CHILD'S NAME, NAME OF THE MEDICATION, DOSAGE, METHOD OF ADMINISTRATION, AND THE NAME OF THE PHYSICIAN OR LICENSED HEALTH CARE PROVIDER. A PARENT OR AN ADULT MUST DELIVER MEDICATION TO THE SCHOOL.

NOTICE OF PROVISION

Legal References Governing the Administration of Medication in Schools In accordance with the California Education Code Sections 49423, 49423.5, 49480 And California Administrative Code, Title 5, 18170

California Education Code, Section 49423 Administration of prescribed medication for pupil

Notwithstanding the provisions of Section 49422, 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 personnel if the school district receives:

- 1.) A written statement from the parent or guardian of the pupil indicating the desire that the school district assist the pupil in matters set forth in the physician's statement.
- 2.) A written statement from the parent or guardian of the pupil indicating the desire that the school district assist the pupil in matters set forth in the physician statement.

California Education Code, Section 49423.5 Specialized physical health care services

- a. Notwithstanding the provisions of Section 49422, any individual with exceptional needs who requires specialized physical services, during the regular school day, may be assisted by the following individuals:
 - 1.) Qualified persons who possess an appropriate credential issued pursuant to Section 44267, or hold a valid certificate of public health nursing issued by the State Department of Health Services or
 - 2.) Qualified designated school personnel trained in the administration of specialized physical health care provided they perform such services under the supervision of the school nurse, public nurse or licensed physician and surgeon.
- b. Specialized health care or other services that require medically related training shall be provided pursuant to the procedures prescribed by Section 49423.
- c. Persons providing specialized physical health care services shall also demonstrate competence in basic cardiopulmonary resuscitation and shall be knowledgeable of the emergency medical resources available in the community in which the services are performed.
- d. "Specialized physical health care services" as used in the section include catheterization, gavage feeding, suctioning, or other services that require medically related training.
- e. Regulations necessary to implement the provisions of this section shall be developed jointly by the State Department of Health Services, and adopted by the State Board of Education.

California Education Code, Section 49480 Continuing medication regimen for non-episodic condition; required notice to school employees

The parent or legal guardian of any public school pupil on a continuing medication regimen for a non-episodic condition shall inform the school nurse or other designated certificated school employee or the medication being taken, the current dosage, and the name of the supervising physician. With the consent of the parent or legal guardian of the pupil, the school nurse may communicate with the physician and may counsel with the school personnel regarding the possible effect of the drug on the child's physical, intellectual, and social behavior, as well as possible behavioral signs and symptoms of adverse side effects, omission, or overdose. The superintendent of each school district shall be responsible for informing parents of all pupils of the requirements of this section.

California Administrative Code Title 5, 18170 The agency shall follow these provisions pertaining to medication

1. An assigned staff member shall administer medications prescribed by a physician for a child provided written parental consent has been given.
2. Record medication dosages to the child and date and time medication is administered shall be maintained by the facility.
3. Centrally stored medication shall be kept in a safe and locked place that is not accessible to persons other than employees responsible for health supervision. Each container shall carry the name of the medication, the name of the person for whom prescribed, the name of the prescribing physician and the physician's instruction. All centrally stored medication shall be labeled and maintained in compliance with State and Federal laws. Each person's medication shall be stored in its originally received container. **NO MEDICATIONS SHALL BE TRANSFERRED BETWEEN CONTAINERS.** The agency shall be responsible for assuring that a record of centrally stored prescription medications for each person in care includes: the name of the person for whom prescribed the drug name, strength and quantity, the date filled, the prescription number and the name of issuing pharmacy.
4. All medication shall be centrally stored in an area which is totally in accessible to children.

**SANTA MARIA JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
Parent Consent and Healthcare Provider Authorization
For Management of Medications at School and School Sponsored Events**

Student _____ **Birth date** _____ **School** _____ **Grade** _____

Healthcare Provider
Please check all boxes that apply

Diagnosis for which medication is prescribed: _____

Medication: _____ **Dosage:** be specific, how many tabs/ml, etc. _____

Time of day to be given: _____ **Frequency if "as needed":** _____

Method of administration:

oral topical drops: Eyes/Ears/Nose R/L injections Other _____

Precautions, reactions, or side effects: _____

For Severe Allergy: If the following symptoms occur:
 skin rash hives swelling (eyes/lips) choking
 loss of consciousness seizure/convulsions
 Use: Epi-pen Jr. as directed Epi-pen as directed
 Call 911 / Transport student to nearest emergency room

Medication Storage and Handling:
 Routine handling, medications in locked storage in Health office
 Refrigeration
 If medically necessary:
 Child trained to carry and self-administer medication
 Child to carry, school personnel to administer

Additional Orders: _____

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION

My signature below provides authorization for the above written orders. I understand that administration of medication to students will be implemented in accordance with state law governing school health services. I understand that administration of medication to students may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the school nurse. **This authorization is for a maximum of one year.** If changes are indicated, I will provide new written authorization (may be faxed).

I have instructed _____ in the proper way to use his/her medication. It is my professional opinion that he/she can carry and administer his/her emergency medication or Epi-pen by him/herself.

AUTHORIZED HEALTHCARE PROVIDER:

Signature _____ Date _____

Phone Number _____ Fax _____

Stamp Physician Name/address:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA Y EN EVENTOS PATROCINADOS POR LA ESCUELA

Yo, el padre o tutor del estudiante mencionado, y que firmo abajo, pido que el medicamento antes mencionado, le sea administrada y/o asistida por personal de la escuela entrenado a mi hija/o en la escuela, de acuerdo a las leyes del estado y a las regulaciones. Yo:

1. Llevaré las cosas y el equipo necesarios.
2. Le notificare a la enfermera de la escuela si hay en el estado de salud de mi hija/o o si cambia de doctor.
3. Inmediatamente le notificare a la enfermera y daré un nuevo consentimiento si hay cambios en las ordenes que indique el doctor.

Firma del padre o tutor: _____ Nombre con letra de molde _____ Fecha _____

Auto-administración:

Yo el do permiso a mi hija/o para que lleve consigo y se auto-administre su medicina o Epi-PEN. Yo soy de acuerdo en que el distrito y sus oficiales no son responsables, ni tampoco sus agentes, empleados o voluntarios; no son responsables en caso de que surjan demandas, causas de acciones, responsabilidades, danos, gastos, o perdidas de cualquier tipo, incluyendo daños físicos o muerte, debido a que se omita el uso o administración del medicamento.

Firma del Padre o tutor: _____ Nombre con letra de molde _____ Fecha _____

Iniciales:

_____ Autorizo a que la enfermera de la escuela se comunique con el doctor cuando sea necesario.
 _____ Solicito una copia del Plan Individual de Cuidado Médico completo de la enfermera de la escuela.
 _____ Por medio de la presenta autorizo que la enfermera de el Plan Individual de Cuidado Médico a los maestros de mi estudiante, personal médico.

Nota: Todos los medicamentos deben ser recetados, incluyendo la medicina que se adquiere sin receta. Los medicamentos deben estar en un envase original y la etiqueta debe incluir el nombre del niño, el nombre de la medicina, la dosis, el método de administrarla, el nombre del doctor, o de la Agencia del Cuidado de la Salud con las Acreditaciones necesarias. **UN PADRE O ADULTO DEBE TRAER EL MEDICAMENTO A LA ESCUELA.**

AVISO DE ESTIPULACIONES

Las Referencias Legales que Gobiernan la Administración de Medicamentos en las Escuelas Conforme con las Secciones de los Códigos Educativos de California 49423, 49423.5, 49480 Y los Códigos Administrativos de California, Título 5, 18170

Código Educativo de California, Sección 49423

Administración de Medicamentos Recetados para los Estudiantes

A pesar de las estipulaciones de la Sección 19122, cualquier estudiante que necesite tomar medicamentos recetados durante el horario escolar, recetados por un doctor para el estudiante, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela o por el personal designado, siempre y cuando el distrito reciba:

- 1.) Una nota escrita por el doctor que ha indicado el método, la cantidad, y las horas a las que el medicamento deba ser tomado.
- 2.) Y una nota escrita por los padres o tutores del estudiante, indicando el deseo de que el distrito escolar ayude a su hijo en los asuntos médicos, indicado del mismo modo por el doctor.
- 3.)

Código Educativo de California, Sección 49423.5

Los servicios especializados para el cuidado de la salud física

- a. A pesar de las estipulaciones de la Sección 49422, cualquier individuo con necesidades excepcionales, que necesite servicios físicos especializados durante un horario escolar regular, puede recibir ayuda de los siguientes individuos:
 - 1.) Personas calificadas que posean las acreditaciones apropiadas, extendidas conforme a la Sección 44267, o que tengan un certificado válido de enfermería en salubridad pública, extendida por el Departamento de servicios de Salubridad del Estado.
 - 2.) O por personal calificado y designado de la escuela, que esté capacitado en el cuidado físico, especializado de la salud, siempre y cuando ejerzan tales servicios bajo la supervisión de la enfermera de la escuela, una enfermera pública, o por un doctor acreditado o un cirujano.
- b. Los servicios de salud especializados u otros servicios que requieran de mediana capacitación, deberían ser provistos conforme a los procedimientos indicados en la Sección 49423.
- c. Las personas que ofrezcan servicios especializados y físicos para la salud, deberían además demostrar la capacidad de realizar resucitación cardiopulmonar y deberían de estar al tanto de los recursos médicos de emergencia disponibles en la comunidad, en la cual estos servicios se lleven a cabo.
- d. "Los servicios especializados y físicos para la salud" como se emplea en la sección, incluyen sondas, alimentación por tubos, succión de líquidos, u otros servicios que requieran de cierta capacitación médica.
- e. Las regulaciones necesarias para poner en práctica las estipulaciones de esta sección, deberían de ser desarrollados conjuntamente por el Departamento de Servicios de Salubridad del Estado.

Código Educativo de California, Sección 49480

El régimen de medicamento continuo por condiciones no episódicas; es requerido un aviso para los empleados de la escuela

El padre o tutor de cualquier estudiante en una escuela pública, con un régimen de medicamento continuo por condiciones no episódicas, debe informarle a la enfermera de la escuela, u otro empleado certificado de la escuela, de los medicamentos que el estudiante este tomando, la dosis actual, y el nombre del doctor que lo supervisa. Con el consentimiento del padre o tutor, la enfermera de la escuela puede comunicarse con el doctor para así aconsejar al personal de la escuela de cualquier posible efecto que el medicamento pueda surtir en los secundarios adversos, de la omisión de dosis, o de sobredosis. El superintendente de cada distrito debe ser responsable de informarles a los padres de todos los estudiantes acerca de los requisitos de esta sección.

Título 5, 18170, del Código Administrativo de California

La agencia debe seguir estas estipulaciones referentes a los medicamentos

1. Un miembro asignado del personal debe administrar los medicamentos recetados por un doctor para un niño, siempre y cuando tenga el consentimiento de los padres por escrito.
2. La escuela debe de tener un registro de la dosis del medicamento que debe tomar el niño, así como la fecha y la hora del medicamento que está siendo administrado.
3. La medicina debe guardarse en un lugar seguro y con llave, un lugar central de almacenamiento; a este lugar no deben de tener acceso otras personas que no sean los empleados responsables de supervisar la salud del niño. Cada envase debe tener el nombre del medicamento, el nombre de la persona para quien ha sido recetado, en nombre del doctor que lo receta, y las instrucciones dadas por dicho medico. Todos los medicamentos en el almacenamiento central, tendrán que estar etiquetados y almacenados de acuerdo a las leyes Federales del Estado. La medicina debe estar guardada en el envase original en el que fue recibida. **NINGUN MEDICAMENTO DEBE CAMBIARSE DE UN ENVASE A OTRO.** La agencia debe ser responsable de asegurarse de que el registro de la persona que toma los medicamentos (guardados en un lugar central), contenga lo siguiente: El nombre de la persona a quien se le receto, el nombre del medicamento, la potencia y la cantidad del medicamento, la fecha en que se surtió, el numero de receta, y el nombre de la farmacia que surtió el medicamento.
4. Todos los medicamentos deben guardarse en un lugar central, en donde los niños no tengan acceso.