

School Phone # 909-386-2300  
School Fax # 909-386-7855

## PHYSICIAN INSTRUCTIONS

For SCHOOL ASSISTED MEDICATION

A. This form must be completed before any medication (*prescription or over-the-counter*) can be given, or taken, at school.  
*Signatures of both physician and parent/guardian are required. This form must be renewed annually or with any change in medication.*

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN USE ONLY

1. MEDICATION: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_

Route:  Oral  Nasal  Topical  
 Inhale  Injection  Other \_\_\_\_\_ Med Start Date: \_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_

If DAILY ~ Time(s) to be given: \_\_\_\_\_

If AS NEEDED (prn) ~ Frequency:  Every 3 to 4 hrs.,  Every 4 to 6 hrs.,  Other : \_\_\_\_\_

\*Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence.  
o (Not recommended in elementary school)

Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): \_\_\_\_\_

2. MEDICATION: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_

Route:  Oral  Nasal  Topical  
 Inhale  Injection  Other \_\_\_\_\_ Med Start Date: \_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_

If DAILY ~ Time(s) to be given: \_\_\_\_\_

If AS NEEDED (prn) ~ Frequency:  Every 3 to 4 hrs.,  Every 4 to 6 hrs.,  Other : \_\_\_\_\_

\*Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence.  
o (Not recommended in elementary school)

Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician Name: \_\_\_\_\_

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

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**All medication orders will be automatically discontinued at the end of the school year. New orders are required each school year.**

California Education Code section 49423 provides that 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 school personnel if the school district receives (1) a written statement from such physician detailing the method, amount, and time schedules by which such medication is to be taken and (2) a written statement from the parent or guardian of the pupil indicating the desire that the school district assist the pupil in the matters set forth in the physician's statement.

\* California Education Code section 49423 (c) A pupil may be subject to disciplinary action pursuant to Section 48900 if that pupil uses an inhaler or auto-injectable epinephrine in a manner other than as prescribed.

## Solicitud de padre/tutor legal Para asistencia escolar con la medicación

**B.** El padre/madre o tutor legal debe completar esta página antes que cualquier medicamento (con receta médica o sin receta médica) pueda ser administrada, a tomada, en la escuela. **Firma de padre/madre o tutor legal es necesaria. Esta forma debe ser renovada cada año o con cualquier cambio de medicamento.**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### Solicitud de padre de asistencia escolar con la medicación

Entiendo que las regulaciones del distrito escolar requieren que los medicamentos de los estudiantes se mantengan en un lugar seguro, bajo la dirección de un empleado del distrito, y que no sea cargado por el estudiante (con excepción de inhaladores para el asma e inyectores automáticos de epinefrina acompañado por las instrucciones del médico).

A. Solicito que el personal de la escuela de mi hijo/hija ayude administrar medicación a mi hijo/hija durante el horario escolar como se indica en las instrucciones del médico. También doy permiso para contactar el médico para consultar e intercambiar de información, según sea necesario.

**Firma de padre/madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

B. Solamente para solicitudes para el INHALADOR para el asma /INYECTOR AUTOMATICA DE EPINEFRINA: Solicito que mi estudiante pueda llevarse y administrarse su inhalador para el asma o inyector automático. Yo entiendo que si mi estudiante no sigue las reglas y las responsabilidades de llevar sus medicamentos, él/ella perderá los privilegios de llevar esos medicamentos.\* También les doy permiso para contactar el médico para consultar e intercambio de información, según sea necesario.

**Firma de padre/madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

### Acuerdo con el estudiante –solo para inhaladores de asma

Estoy de acuerdo en mantener mi medicamento en un lugar seguro, como en mi mismo, en todo momento. Estoy de acuerdo en nunca compartir mi medicamento con otro estudiante. Si estoy usando el inhalador más de una vez al día, o varias veces a la semana, hablaré con la enfermera de la escuela.

**Firma de estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de padre/madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Todos los órdenes para medicación serán automáticamente suspendidos al terminar el año escolar. Nuevos órdenes se requieren cada año escolar.**

\* Código de educación de California sección 49423 (c) un alumno puede ser sujeto a medidas disciplinarias persistente con sección 48900 si el alumno utiliza un inhalador o inyector automático de epinefrina de una manera que no sea recetada.