



Livermore Valley Joint Unified School District

Permission to Assist with Medication During School Hours

Pursuant to Education Code Section 49423, I authorize the teacher, principal, school nurse, health clerk, or other designated school personnel to administer medication to my child according to the prescription instructions provided by the authorized health care provider.

Student: _____ DOB: _____ Grade/Teacher: _____ School: _____

I UNDERSTAND AND AGREE TO THE FOLLOWING:

- 1) Provide medication in its original prescription container.
- 2) Immediately inform the school of any changes in medication/health status. Note: a new form will be required for dosage/medication/administration changes.
- 3) Assure that child takes responsibility for taking medication as prescribed.
- 4) Coordinate medication administration with teacher for all off campus events.
- 5) Pick up all medication at the end of the year. All medication left in the health office will be discarded after the last day of school.

I also agree that the district, its officers, employees, and agents shall not be held liable for any loss, damage, injury, or liability of any kind to any person caused or arising from acts, omissions or negligence of the district, its employees, and agents related to the administration of medication to my child. I authorize the sharing of information between the health care provider and the school staff with regards to this medication and any health related issues. My signature below also permits the distribution of my students health history and school picture to those deemed necessary for his or her care during school hours.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS FORM.

Parent or Guardian Signature _____ Date: _____

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER:

The above mentioned student requires assistance during school hours with the following medication:

Name of Medication: _____

Route: _____

Dosage: _____

Instructions: _____

Health Care Provider Signature: _____ Date: _____

Office Stamp:



Distrito Escolar Unificado Livermore Valley

Permiso para asistir con medicación a la escuela durante el horario escolar

De acuerdo con la Sección 49423 del Código de Educación, autorizo al docente, director/a, enfermero/a escolar, funcionario/a de la salud o al miembro del personal escolar designado a administrar medicación a mi hijo/a según las instrucciones de la receta proporcionada por el proveedor de salud autorizado.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/Docente: _____ Escuela: _____

ENTIENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:

- 1) Proporcionar la medicación en su envase de receta original.
- 2) Informar a la escuela de inmediato si se produjeran cambios en la medicación o estado de salud. Nota: será necesario completar un nuevo formulario para los cambios en la dosis, medicación o administración.
- 3) Garantizar que el niño/a asume la responsabilidad de tomar la medicación según la receta.
- 4) Coordinar la administración de la medicación con el docente para todas las actividades fuera del campus.
- 5) Recoger toda la medicación al final del año lectivo. Toda la medicación restante que quede en la oficina de salud será descartada después del último día de escuela.

También acuerdo que el distrito, sus funcionarios, empleados y agentes no serán responsables por las pérdidas, daños, lesiones o responsabilidades de cualquier tipo y ante cualquier persona que surjan como consecuencia de los actos, omisiones o negligencias del distrito, sus empleados y agentes en relación con la administración de la medicación a mi hijo/a. Autorizo que el proveedor de salud y el personal de la escuela compartan información con respecto a esta medicación y a cualquier asunto relacionado con la salud. Con mi firma a continuación, también autorizo la distribución de la historia clínica y la fotografía escolar de mi hijo/a a aquellas personas que se considere necesario para su cuidado durante el horario escolar.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SALUD:

El estudiante mencionado anteriormente requiere asistencia durante el horario escolar con la medicación siguiente:

Nombre de la medicación: _____

Ruta: _____

Dosis: _____

Instrucciones: _____

Firma del proveedor de salud: _____ Fecha: _____

Sello de la oficina: