Santa Ynez Valley Charter School
Authorization Form to Administer Medication for School Year _____/_____

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

To: Parent/Guardian and Physician

If a medication must be taken during the school day or during a school sponsored overnight trip, it is necessary, in accordance with California Education Code 49423 to have a written statement on file. The statement must be signed by the parent/guardian and the physician indicating that the designated school personnel assist the student with the medication administration. **The authorization must be made annually and/or whenever a change occurs.**
Education code requires that ALL medications, prescription and over-the-counter, must have a completed statement from BOTH the physician AND parent/guardian BEFORE they can be administered. Medication must be provided in the original container labeled with the student's name, medication name, dose/strength and specific administration directions. Over-the-counter medications must be in the original container and marked with the student's name.

Parent/Guardian Authorization

As the parent/guardian of the above-named child, I request that designated school personnel assist in the administration of medication prescribed by the physician. I give consent for the physician and designated school to communicate directly regarding the administration of the medication. I understand it is my responsibility to bring all medication safely to the school and I agree to refill or replace medications as necessary. I understand that the medication administration may be performed by unlicensed assistive personnel. I understand the medication will be stored in a locked area unless the physician indicates that my child is capable of carrying and self-administering it.

Parent signature: _____ Date: _____ Phone: _____

Physician Authorization

I understand that all procedures will be implemented I accordance with state laws and regulations and that administration may be performed by unlicensed assistive personnel. State law delegates to each student's physician the decision whether medication, to include insulin, may safely and appropriately be administered by unlicensed personnel or whether a student's needs can be met only by a licensed health care provider.

Please place an "X" through any unused columns.

Medications that can be authorized to self-carry: Insulin, glucagon, rescue inhaler, and epinephrine pen.

Name of Medication(s)			
Purpose of Medication			
Dose/Strength			
Medication form (liquid, tablet, inhaler, etc.)			
Route of administration (oral, inhalation, injection, etc.)			
Scheduled administration time(s) or frequency if PRN			
Duration of need (if other than entire year)			
Precautions, instructions of adverse effects			
Can student carry and self-administer medication?			
Physicians Signature:		**Date:**	
Print Name:		**Phone:**	

Student Statement: I understand that the current practice at SYVCS is that I should only self-administer emergency medication (examples of these include Epinephrine pens, Asthma inhalers, Insulin and Glucagon, etc.) I also understand that I am allowed to carry and self-administer ONLY the medication(s) listed above. I agree to use the medication as instructed by my physician and not to share with other people. I understand that if I share the medications with others, I will be held accountable for my actions and that I will face disciplinary action.

Student Signature: _____ Date: _____

Forma de Autorización para Administrar Medicinas para el Año Escolar _____/_____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Teléfono : _____ FAX: _____

Para los Padres/Tutores y Doctor,

Si se debe administrar una medicina durante el día escolar o durante un viaje nocturno de estudios patrocinado por la escuela, es necesario de acuerdo con el Códe Educación de California 49423, tener una declaración escrita en el expediente. La declaración debe estar firmada por el padre/tutor y doctor, indicando el deseo de que el personal escolar designado asista al estudiante con la adminidtración de la medicina. **La autorización debe hacerse anualmenty y/o cuando ocurra un cambio.**
El Código educativo requiere que TODAS las medicinas, recetas y medicinas sin receta deben tener una declaración TANTO del doctor COMO de padres/tutores ANTES de que puedan ser administradas. La medicina debe proveerse en el contenedor original etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre de la medicina, la dosis/concentración y las direcciones especificas de su administración. Las medicinas sin receta deben estar en su contenedor original y estar marcadas con el nombre del estudiante.

Autorización de los Padres/Tutores

Como el padre/tutor de ninó mencionado arriba, solicito que el personal escolar designado asista en la administración de la medicina recetada por el doctor. Doy mi consentimiento para que el doctor y la escuela designada se comuniquen directamente acerca de la administración de la medicina. Entiendo que es mi responsabilidad traer en forma segura todas las medicinas a la escuela y estoy de acuerdo en volver a llenar o reemplazar las medicinas conforme sea necesario. Entiendo que las medicinas estarán guardadas en un área cerrada con llave, al menos que el doctor indique que mi niño es capaz de llevarla consigo y auto-administrarla.

Firma del padre de familia: _____ Fecha: _____ Numero de teléfono: _____

Auroriación del Doctor

Entiendo que todos los procedimientos se llevarán a cabo de acuerdo con las leyes y reglamentos del estado que la administración de la medicina puede ser llevada a cabo por personal de asicstencia sin licenia. La ley del estado delega al doctor de cada estudiante la decisión de que si la medicina, incluyendo insulina, pueda estar segura y apropiadamente administrada por personal de asistencia sin licencia o de que las necesidades del estudiante puedan satisfacersa solamento por medio de un proveedor con licencia de los cuidados de la salud.

Por favor coloque un "X" sobre cualquiera de las columnas no usadas.

Medecinas de llevarla consigo y auto-administrarla: Insulina, glucagón, inhaladores para el asma, and epinephrine pen.

Nombre de la Medecina			
Propósito de la Medecina			
Dosis/Concntración			
Forma de la medecina: (liquida, tableta, inhalador, etc.)			
Ruta de administración (oral inhalada, inyectada, etc.)			
Veces de la adminstración programada, o frequencia I si es conforme sea necesario			
Duración de la necesidad (si es más de un año entero)			
Precauciones, instrucciones de efectos adversos			
Puede el estudiante llevar y auto-adminstrar la medicina?			
Firma del Doctor:		**Fecha:**	
Imprima el Nombre:		**Teléfono:**	

Declaración del Studiante: Entiendo que la práctica en SYVCS es que solo puedo cargar conmigo y adminístrame medicamentos de emergencia (ejemplos de estos incuye Epi-Pens, inhaladores para el asma, insulina y glucagón, etc.) También entiendo que estoy permitido(a) a cargar comigo y tomar SOLAMENTE los medicamentos que están escritos en esta forma. Estoy de acuerdo conseguir las instrucciones signadas pro mi médico y no a compartir con otras personas. Entiedo que, si comparto el medicamento con otras, seré responsable de mis accione y tomare la disciplina necesaria.

Firma de estudiante: _____ Fecha : _____