



# RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES

815 S. Willow Avenue, Rialto, CA 92376 • Tel (909) 820-8150 • Fax (909) 820-8151

## PHYSICIAN'S RECOMMENDATIONS FOR MEDICATION FOR ELEMENTARY SCHOOLS

**School:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Student Name:** \_\_\_\_\_ **Teacher:** \_\_\_\_\_  
**DOB:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_

The law allows school nurses or other designated personnel to assist the pupil in taking prescribed medications if specified written statements from physicians and parents or guardian of pupil are obtained by the District Ed. Code 49423.

I hereby give my permission for school personnel to give the medication(s) listed below as directed. I also give the school nurse permission to contact the physician regarding the child's reaction to the medication or if there is a change in the child's health status.

Parent or Guardian Signature	Address	Telephone
------------------------------	---------	-----------

### RECOMMENDATIONS MUST BE COMPLETED BY PHYSICIAN ONLY

#### MEDICATIONS REQUIRED AT SCHOOL:

#1 Medication: _____	#2 Medication: _____
Dosage: _____	Dosage: _____
Time to be given: _____	Time to be given: _____
Discontinue date: _____	Discontinue date: _____
Side effects, if any: _____	Side effects, if any: _____
Medication Allergies: _____	

Physician's Signature	Physician's Name Printed	Date
Address	Telephone	Fax

**IMPORTANT: ALL MEDICATIONS WILL AUTOMATICALLY BE DISCONTINUED ON JUNE 30. NEW ORDERS ARE REQUIRED EACH SCHOOL YEAR.**

# **ADMINISTRATION OF MEDICATION DURING SCHOOL HOURS**

## **A. GENERAL POLICY**

1. No student shall be given medication during school hours except upon written request from a California licensed physician/healthcare provider who has the responsibility for the medical management of the student. All such request must be signed by the parent or guardian.
2. A new form is required for each prescription change and at the beginning of each school year.

## **B. RESPONSIBILITY OF THE PARENT OR GUARDIAN**

1. Parents/guardians shall be encouraged to cooperate with the physician to develop a schedule so the necessity for taking medications at school will be minimized or eliminated.
2. Parents/guardians will assume full responsibility for the supply and transportation of all medication. Controlled medications, when delivered to school, will be jointly counted by parent and health office designee.
3. Students are not permitted to carry prescribed or over-the-counter medication on a school campus.
4. Parents/guardians may pick up unused medications from the school office during and at the close of the school year. Medication remaining after the last day will be discarded.

## **C. RESPONSIBILITY OF THE PHYSICIAN AND PARENT OR GUARDIAN**

1. A request form for prescribed medication must be completed by the pupil's physician, signed by the parent or guardian, and filed with the school administrator or his designated representative.
2. The container must be clearly labeled by the physician or pharmacy with the following information:
  - a. Student's name
  - b. Physician's name
  - c. Name of medication
  - d. Dosage and schedule
  - e. Date of expiration of prescription
3. Each medication is to be in a separate pharmacy container prescribed for the student by a California licensed healthcare provider.

## **D. RESPONSIBILITY OF SCHOOL PERSONNEL**

1. The school administrator/designee will assume responsibility for placing medications in a locked cabinet.
2. Students will be assisted with taking medications according to the physician's instructions and the procedure observed by a school staff member.

## **E. RESPONSIBILITY OF STUDENT**

1. Students will come to health office for medication at prescribed times.
2. Students will not share an over-the-counter or prescription medication with anyone else.



# RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES

815 S. Willow Avenue, Rialto, CA 92376 • Tel (909) 820-8150 • Fax (909) 820-8151

## RECOMENDACIONES DEL MÉDICO PARA MEDICAMENTO PARA ESCUELAS PRIMARIAS

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

La ley permite que las enfermeras escolares y otro personal designado asistan al alumno para tomar medicamentos recetados si permisos por escrito especificados de los padres o tutores son obtenidos por el Código 49423 de Educación del Distrito.

Yo doy permiso para que el personal escolar administre los medicamentos descritos abajo como están recetados. También doy mi permiso para que la enfermera contacte al médico si mi estudiante presenta alguna reacción al medicamento o si hay algún cambio en la salud del estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma de padres/tutores

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**ESTA SECCIÓN ES PARA EL MÉDICO SOLAMENTE/  
RECOMMENDATIONS MUST BE COMPLETED BY PHYSICIAN ONLY**

### MEDICATIONS REQUIRED AT SCHOOL:

#1 Medication: _____	#2 Medication: _____
Dosage: _____	Dosage: _____
Time to be given: _____	Time to be given: _____
Discontinue date: _____	Discontinue date: _____
Side effects, if any: _____	Side effects, if any: _____
Medication Allergies: _____	

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Physician's Name Printed

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Telephone

\_\_\_\_\_  
Fax

**IMPORTANTE: TODOS LOS MEDICAMENTOS AUTOMÁTICAMENTE SERÁN DESCONTINUADOS EL 30 DE JUNIO. SE REQUIEREN NUEVAS ÓRDENES CADA AÑO ESCOLAR.**

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO DURANTE LAS HORAS ESCOLARES

### A. NORMA GENERAL

1. A ningún estudiante se le administrará medicamento durante las horas escolares excepto con un permiso por escrito de un médico licenciado en California/proveedor de salud con la responsabilidad del cuidado médico del estudiante. Todas las solicitudes deben ser firmadas por los padres o tutores.
2. Un formulario nuevo se requiere para cada cambio de prescripción y al comienzo de cada año escolar.

### B. RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES O TUTORES

1. Padres/tutores deben cooperar con el médico para elaborar un horario en el que la necesidad de administrar medicamentos en la escuela se reduzcan al mínimo o no se necesite.
2. Padres/tutores asumen la responsabilidad total de dar y suministrar todo el medicamento. Los medicamentos regulados cuando los traigan a la escuela serán contados conjuntamente por los padres y la persona designada de la oficina de salud.
3. A los estudiantes no se les permite tener consigo medicamentos recetados y sin receta en la escuela.
4. Padres/tutores pueden recoger los medicamentos sin usar o restante en la oficina de salud al final o durante el año escolar. El medicamento que no recogen después del último día de clase será descartado.

### C. RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO Y PADRES O TUTORES

1. El médico del estudiante debe completar un formulario para administrar medicamentos recetados, debe ser firmado por los padres o tutores y ser archivado por el administrador escolar o su representante designado.
2. El recipiente debe estar claramente etiquetado por el médico o farmacia con la siguiente información:
  - a. Nombre del estudiante
  - b. Nombre del médico
  - c. Nombre del medicamento
  - d. Dosis y horario
  - e. Fecha de expiración o caducidad de la receta
3. Cada medicamento debe estar en un recipiente farmacéutico separado recetado para el estudiante por un proveedor médico licenciado en California.

### D. RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL ESCOLAR

1. El administrador escolar o su designado asumirá responsabilidad por guardar los medicamentos en un gabinete bajo llave.
2. Los estudiantes serán asistidos cuando toman el medicamento de acuerdo a las indicaciones del médico y el procedimiento observado por el miembro del personal escolar.

### E. RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE

1. Los estudiantes deben presentarse a la oficina de salud para tomar el medicamento en las horas indicadas.
2. Los estudiantes no deben compartir medicamentos recetados o sin receta con nadie.