

REQUEST FOR MEDICATION ASSISTANCE DURING SCHOOL HOURS



This form must be completed by your doctor **BEFORE** any medication can be given to your child at school. This includes **all inhalers (even if your child carries their own inhaler) and over-the-counter drugs such as headache medication, cough syrup, allergy/cold tablets, cough drops, lotions, etc.** Please bring this completed form and the properly labeled medication to the TPAA Health Office. **Do not send medication to school with your child.**

Student Last Name,	First Name	Date of Birth	Grade	School Year
--------------------	------------	---------------	-------	-------------

TO BE COMPLETED BY A STATE OF CA LICENSED PHYSICIAN

MEDICATION NAME	DOSAGE	ROUTE	TIME/FREQUENCY	PURPOSE	DURATION	PRECAUTIONS/SIDE EFFECTS

The student named above, for whom the medication is prescribed, is under my care. (Please check if applies) ☐ I give permission for student to carry and/or self-administer their own Inhaler and/or EpiPen. I have confirmed that the student is capable of appropriate self-administration.

Signature of Physician	Print or Type Name of Physician	Telephone	Address	Date
------------------------	---------------------------------	-----------	---------	------

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN:

- 1) I request that my child be allowed to take medication during school hours according to the instructions from his/her Physician.
- 2) If approval checked by physician above, I approve for my child to carry and/or self-administer their own Inhaler/EpiPen as ordered above.
- 3) I understand it is my responsibility to **bring the medication to school in the original pharmacy container, labeled with child's name, medication, dosage and directions and notify the school if the medication changes or is no longer needed.**
- 4) I authorize school personnel to assist with and/or administer the above stated medication(s), as prescribed by the above signed physician, to my child.
- 5) I give permission for communication between the physician and/or pharmacist and school personnel to ensure safe administration of the listed medication(s).
- 6) I understand this form must be updated annually and whenever there are ANY prescription changes.
- 7) I understand medication will be destroyed one week beyond the end of school if not picked up.

Signature of Parent/Guardian	Print Name	Telephone during school hours	Date
------------------------------	------------	-------------------------------	------

STUDENT CONTRACT FOR CARRYING OWN INHALER OR EPIPEN: (Sign only if physician approval box checked above.) I will be responsible for carrying, administering, and keeping safe at all times, my medication. I will use the medication in the way prescribed by my physician. I will not show or share my medication with any other students. I will immediately report to persons in charge if my medication is missing.

Signature of Student	Print Name	Date
----------------------	------------	------

THIS FORM AND ALL DOCTOR ORDERS MUST BE RENEWED ANNUALLY OR WHENEVER CHANGES ARE MADE TO CURRENT MEDICATION ORDERS



SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS DURANTE LAS HORAS DE LA ESCUELA

Este formulario debe ser completado por su médico ANTES de que cualquier medicamento pueda administrarse a su hijo en la escuela. Esto incluyen todos los **inhaladores (incluso si su hijo lleva su propio inhalador) y medicamentos de venta libre, como medicamentos para el dolor de cabeza, jarabe para la tos, pastillas para la alergia / resfriados, pastillas para la tos, lociones, etc.** Por favor de entregar medicamentos apropiadamente etiquetados a la Oficina de Salud TPAA. **No envíe medicamentos a la escuela con su hijo.**

Apellido del estudiante	Nombre	Fecha de Nacimiento	Año	Año escolar
-------------------------	--------	---------------------	-----	-------------

TO BE COMPLETED BY A STATE OF CA LICENSED PHYSICIAN

NOMBRE	DOSIS	PROCESO	TIEMPO / FRECUENCIA	PROPÓSITO	DURACIÓN	PRECAUCIONES/ EFECTOS SECUNDARIOS

El estudiante mencionado anteriormente, para quien se prescribe el medicamento, está bajo mi cuidado. (Por favor, marque si corresponde) ☐ Doy permiso para que el estudiante lleve consigo y / o se auto administre su propio Inhalador y / o EpiPen. He confirmado que el alumno es capaz de autoadministrarse adecuadamente.

Firma del medico	Escriba el nombre del médico	Teléfono	Dirección	Fecha
------------------	------------------------------	----------	-----------	-------

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR:

- 1) *Solicito que se le permita a mi hijo tomar medicamentos durante las horas escolares de acuerdo con las instrucciones de su médico.*
- 2) *Si la aprobación del médico la verificó anteriormente, autorizo que mi hijo lleve y / o se auto administre su propio Inhalador / EpiPen como se indicó anteriormente.*
- 3) *Entiendo que es mi responsabilidad llevar el medicamento a la escuela en el recipiente original de la farmacia, etiquetado con el nombre del niño, el medicamento, la dosis y las instrucciones, y notificar a la escuela si el medicamento cambia o ya no es necesario.*
- 4) *Autorizo al personal de la escuela para ayudar y / o administrar los medicamentos mencionados anteriormente, según lo prescrito por el médico firmado anteriormente, a mi hijo.*
- 5) *Autorizo la comunicación entre el médico y / o el farmacéutico y el personal de la escuela para garantizar la administración segura de los medicamentos enumerados.*
- 6) *Entiendo que este formulario debe actualizarse anualmente y siempre que haya CUALQUIER cambio en la receta.*
- 7) *Entiendo que los medicamentos se destruirán una semana después del final de la escuela si no se recogen.*

Firma del padre/ tutor	Imprimir Nombre	Teléfono en horario escolar	Fecha
------------------------	-----------------	-----------------------------	-------

CONTRATO DEL ESTUDIANTE PARA LLEVAR UN PROPIO INHALADOR O EPIPEN: (Firme solo si la casilla de aprobación del médico está marcada arriba.) Seré responsable de llevar, administrar y mantener seguro en todo momento mi medicamento. Usaré el medicamento en la forma prescrita por mi médico. No mostraré ni compartiré mi medicamento con ningún otro estudiante. Informaré de inmediato a las personas a cargo si falta mi medicamento.

Firma del estudiante	Nombre en letra imprenta	Fecha
----------------------	--------------------------	-------

ESTE FORMULARIO Y TODAS LAS ÓRDENES DE LOS MÉDICOS DEBEN RENOVARSE ANUALMENTE O SIEMPRE SE REALIZAN CAMBIOS A LOS PEDIDOS ACTUALES DE MEDICAMENTOS