

**Mt. Diablo Unified School District**  
Concord, California

**AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION DURING SCHOOL HOURS**

Student Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 School \_\_\_\_\_ School Fax \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

Education Code 49423, 49423.1 Any pupil who is required to take, during the regular school day, medication prescribed for him/her by a licensed healthcare provider, may be assisted by the school nurse or other designated school personnel or may carry and self-administer prescription auto-injectable epinephrine or inhaled asthma medication if the school district receives a written statement from the healthcare provider detailing the name of the medication, method, amount, and time schedules.

**PART I—PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION** *(to be completed by parent/guardian)*

I hereby request volunteer unlicensed school personnel assist my child with taking medication(s) as stated below according to healthcare provider. I understand all medication must be in the original appropriately labeled container. I understand I am required to pick up medication within one week after the last day of school or the medication will be disposed of. I also give consent for exchange of information between healthcare provider and Mt. Diablo Unified School District school personnel to communicate on matters related to this medication. I hereby release the school district and school personnel from civil liability if the student suffers an adverse reaction as a result of self-administering the medication.

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature** **Date**

**PART II—HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION** *(to be completed by provider)*

Name of Medication	Diagnosis / Indication	Dosage	Route	Time / Frequency

Please attach a list of potential side effects of the above prescribed medications.  
 I acknowledge volunteer unlicensed school personnel may assist student with the above prescribed medications.

\_\_\_\_\_  
**Healthcare Provider Signature** **Date** **License #**

Please Print or Stamp →

Provider Name Practice Name / Address Contact Phone	
---	--

**PART III—OPTIONAL STUDENT SELF-CARRY / SELF-ADMINISTRATION**

**Student may self-carry and administer:**

Student has been instructed and shows competency in use of listed medication(s). \_\_\_\_\_  
Name of Medication(s)

\_\_\_\_\_  
**Healthcare Provider Signature** **Parent/Guardian Signature**

Reviewed by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Site Administrator Copy to: \_\_\_ nurse \_\_\_ cum \_\_\_ med binder

**Mt. Diablo Unified School District**  
Concord, California

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE HORARIO ESCOLAR**

Nombre Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Padre/Apoderado \_\_\_\_\_ Teléf. de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Fax de Escuela \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Código de Educación 49423, 49423.1 Cualquier estudiante que requiera tomar, durante un día regular de escuela, medicamentos prescritos por un proveedor autorizado de cuidado de salud, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela u otro personal asignado o puede llevar y auto administrarse epinefrina auto inyectable o medicación para asma si el distrito escolar recibe un documento escrito por el proveedor de cuidado de salud detallando el nombre del medicamento, método, cantidad, y horas para tomarlo.

**PARTE I—AUTORIZACIÓN DEL PADRE/APODERADO** *(a completarse por padre/apoderado)*

Por la presente solicito personal voluntario escolar sin licencia para ayudar a mi hijo(a) a tomar sus medicamentos tal como se indica en líneas abajo de acuerdo al proveedor médico. Entiendo que todos los medicamentos deben estar en un envase etiquetado adecuadamente. Entiendo que debo recoger los medicamentos dentro de una semana después del último día de clases o la medicina será desechada. También doy consentimiento para el intercambio de información entre el proveedor de cuidado de la salud y el personal del Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo para comunicarse sobre asuntos relacionados a este medicamento. Por la presente libero al distrito escolar y al personal de la escuela de responsabilidad civil si el estudiante sufre una reacción adversa como resultado de auto administrarse el medicamento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Apoderado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**PARTE II—AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD** *(a completarse por proveedor)*

Nombre de Medicamento	Diagnóstico/Indicación	Dosis	Método	Hora / Frecuencia

Por favor, adjunte una lista de posibles efectos secundarios de los medicamentos antes descritos.

Estoy de acuerdo en que personal voluntario escolar sin licencia ayude a mi estudiante con los medicamentos antes descritos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Proveedor de Cuidado de Salud**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Licencia #**

Letra Imprenta o Sello →  
Nombre del Proveedor  
Nombre/Dirección Oficina  
Teléfono

**PARTE III—PARA LLEVAR / AUTO-ADMINISTRACIÓN OPCIONAL DEL ESTUDIANTE**

**Estudiante puede llevar y administrar:**

Al estudiante se le ha enseñado y muestra competencia en el uso de los medicamentos enumerados.

\_\_\_\_\_  
Nombre del medicamento(s)

\_\_\_\_\_  
**Firma Proveedor de Cuidado de Salud**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Apoderado**

Revisado por \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
Administrador de la Escuela Fecha

Copia a: \_\_\_ nurse \_\_\_ cum \_\_\_ med binder