

COAST UNIFIED SCHOOL DISTRICT

CONSENT FOR STUDENT TO CARRY MEDICATION ON HIS/HER PERSON (Education Code Section 49423.1)

Return This Information to Your Student's School

School: _____

Date: _____

Name of the Student: _____ Date of Birth: _____

(Please complete separate form for EACH medication to be carried)

Name of Medication: _____ Dose: _____

Schedule of Doses: _____

Physical Conditions for which medication is given/Diagnosis: _____

Precautions, possible, and interventions: _____

This medication is to be continued as above until (*note: a new form must be completed each school year): _____

_____(student name) has been instructed in the proper use of
_____(inhaler or medication name). The child's well-being is in jeopardy unless the
inhaler/medication is carried on his/her person. Therefore, we request that he/she be permitted to carry the
inhaler/medication. He/she understands the purpose, appropriate method, and frequency of use of this
inhaler/medication.

Physician's Signature

Date

Physician's Name

Telephone

Address

I consent to have my child carry and self-administer the above listed inhaler/medication as ordered by his/her physician. I also provide a release for the school nurse or other designated school personnel to consult with the health care provider of my child regarding any questions that may arise with regard to the medication. I understand that school personnel will be unable to monitor the frequency and/or method of usage of my child inhaler/medication when it is carried and/or used by my child during the school day, and I release the school district and school personnel from civil liability if my child suffers and adverse reaction by taking the above listed inhaler/medication. I also understand that my child may be subject to disciplinary action pursuant to Education Code section 48900 if my child uses the above listed inhaler/medication in a manner other than as prescribed, or if my child shares the above listed inhaler/medication with another student or students.

Parent/Guardian Signature

Date

DISTRITO UNIFICADO DE LA COSTA

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL ESTUDIANTE TRAIGA CONSIGO SUS MEDICAMENTOS (CODIGO ED. 49423.1)

DEVUELVA ESTA INFORMACION A LA ESCUELA DE SU HIJO(A)

Escuela: _____

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Por favor complete un formulario separada para **CADA MEDICAMENTO** que usa)

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Horario para la Dosis: _____

Condición Física por la cual el medicamento fue prescrito/ Diagnósis: _____

Precauciones, posible, e intervenciones: _____

Este medicamento deberá continuar como dice arriba hasta (*nota: un formulario nuevo deberá ser completado cada año): _____

(Nombre del Estudiante) Ha sido instruido en el propio uso de
(inhalador nombre del medicamento). El bienestar del niño(a) está en peligro a no
ser que el inhalador/medicamento es llevado en su persona: Por lo tanto, pedimos que él/ella se le permita lleva su
inhalador/medicamento. Él/ella entiende el propósito, método apropiado, y frecuencia de uso de este inhalador
/medicamento.

Firma del Doctor

Fecha

Nombre del Doctor

Teléfono

Dirección

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) lleve y se administre los medicamentos/inhalador como es
ordenado por su doctor. Yo también proveo una liberación de la enfermera de la escuela u otro designado
personal de la escuela para consultar con el proveedor de salud de mi hijo(a) a cerca de cualquier pregunta que
pueda haber sobre este medicamento. Yo entiendo que el personal de la escuela no podrá monitorear la frecuencia
y/o el método de uso del inhalador/medicamento de mi hijo(a) cuando es llevado y/o usado durante el día de
escuela, y libero al distrito escolar y personal de responsabilidad civil si my hijo(a) sufre una reacción adversa por
tomar los medicamentos listados inhalador/medicamento. Yo también entiendo que my hijo(a) está sujeto a una
acción disciplinaria de acuerdo al Código de Educación **48900** si mi hijo(a) usa el inhalador/ medicamento de otro
modo del que fue prescrito, o my hijo(a) comparte el inhalador/medicamento con otro estudiante o estudiantes.

Firma Padre/Guardián

Fecha