

**Santa Maria Joint Union High School District**  
**Parent Consent and Healthcare Provider Authorization**  
**For Management of Asthma/Allergies at School and School Sponsored Events**

**Pupil:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **School:** \_\_\_\_\_ **School Year:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_

**Healthcare Provider:**

Please check all boxes that apply.

**1. Medication Orders** (complete only if medication is needed at school):

Medication: \_\_\_\_\_  
 Spacer Required:  No  Yes  
 Administration times (fill in times for only those that apply):  
 Daily at \_\_\_\_\_  
 PRN for s/s asthma/allergy episode  
 Other: \_\_\_\_\_

Medication administration via:  
 MDI  Nebulizer  Other: \_\_\_\_\_  
 Medication Dose:  
 2 puffs every 4 hours  Other: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_  
 Spacer Required:  No  Yes  
 Administration times (fill in times for only those that apply):  
 Daily at \_\_\_\_\_  
 PRN for s/s asthma/allergy episode  
 Other: \_\_\_\_\_

Medication administration via:  
 MDI  Nebulizer  Other: \_\_\_\_\_  
 Medication Dose:  
 2 puffs every 4 hours  Other: \_\_\_\_\_

**2. Authorized Health Care Provider Verification:** Student can self-perform the following procedures (parent and school nurse must verify competency as well):

- A.  Inhaler use  Green zone treatment  
 Spacer use  Yellow zone treatment  
 Peak flow use  
 B. The student is both capable and responsible for self-administering his/her asthma treatment  
 No  Yes, supervised  Yes, unsupervised  
 C. The student may carry his/her medications:  
 No  Yes

**3. Asthma or Allergy Triggers:**

- animals  pollens  strong odors  
 exercise  weather  dust mites  
 molds  bee/insect sting  food: \_\_\_\_\_  
 respiratory infections  other: \_\_\_\_\_

**4. Peak flow monitoring times:**

- PRN symptoms of asthma or allergy episode  
 Other: \_\_\_\_\_

**5. Peak flow monitoring results:**

- A. Green Zone: Peak flow between: \_\_\_\_ to \_\_\_\_  
 B. Yellow Zone: Peak flow between: \_\_\_\_ to \_\_\_\_  
 C. Red Zone: Peak flow between: \_\_\_\_ to \_\_\_\_

**6. Exercise** (check and/or complete all that apply):

- No exercise if most recent peak flow result less than \_\_\_\_\_  
 Daily peak flow monitoring  
 before recess  
 before P.E.

**7. Additional Orders:**

**AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION**

My signature below provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state law governing school health services. I understand that specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided the school nurse. This authorization is for a maximum of one year. If changes are indicated, I will provide new written authorization (may be faxed).

- I have instructed \_\_\_\_\_ (student's name) in the proper way to use his/her medications. It is my professional opinion that he/she can carry and use that medication by him/herself.  
 I request that the school nurse provide me with a copy of the completed Individualized School Healthcare Plan (ISHP).

**Authorized Healthcare Provider:**

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Phone Number \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Stamp Physician Name/Address Below:

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA Y EN EVENTOS PATROCINADOS POR LA ESCUELA**

Yo, el padre o tutor del estudiante mencionado, y que firmo abajo, pido que el medicamento antes mencionado, le sea administrada y/o asistida por personal de la escuela entrenado a mi hija/o en la escuela, de acuerdo a las leyes del estado y a las regulaciones. Yo:

1. Llevaré las cosas y el equipo necesarios.
2. Le notificare a la enfermera de la escuela si hay en el estado de salud de mi hija/o o si cambia de doctor.
3. Inmediatamente le notificare a la enfermera y daré un nuevo consentimiento si hay cambios en las ordenes que indique el doctor.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Nombre con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Auto-administración:**

Yo el do permiso a mi hija/o para que lleve consigo y se auto-administre su medicina o Epi-PEN. Yo soy de acuerdo en que el distrito y sus oficiales no son responsables, ni tampoco sus agentes, empleados o voluntarios; no son responsables en caso de que surjan demandas, causas de acciones, responsabilidades, danos, gastos, o perdidas de cualquier tipo, incluyendo daños físicos o muerte, debido a que se omita el uso o administración del medicamento.

Firma del Padre o tutor: \_\_\_\_\_ Nombre con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Iniciales:**

\_\_\_\_\_ Autorizo a que la enfermera de la escuela se comuniqué con el doctor cuando sea necesario.  
 \_\_\_\_\_ Solicito una copia del Plan Individual de Cuidado Médico completo de la enfermera de la escuela.  
 \_\_\_\_\_ Por medio de la presenta autorizo que la enfermera de el Plan Individual de Cuidado Médico a los maestros de mi estudiante, personal médico.

**Nota:** Todos los medicamentos deben ser recetados, incluyendo la medicina que se adquiere sin receta. Los medicamentos deben estar en un envase original y la etiqueta debe incluir el nombre del niño, el nombre de la medicina, la dosis, el método de administrarla, el nombre del doctor, o de la Agencia del Cuidado de la Salud con las Acreditaciones necesarias. **UN PADRE O ADULTO DEBE TRAER EL MEDICAMENTO A LA ESCUELA.**

## AVISO DE ESTIPULACIONES

Las Referencias Legales que Gobiernan la Administración de Medicamentos en las Escuelas Conforme con las

Secciones de los Códigos Educativos de California 49423, 49423.5, 49480

Y los Códigos Administrativos de California, Título 5, 18170

### Código Educativo de California, Sección 49423

#### Administración de Medicamentos Recetados para los Estudiantes

A pesar de las estipulaciones de la Sección 19122, cualquier estudiante que necesite tomar medicamentos recetados durante el horario escolar, recetados por un doctor para el estudiante, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela o por el personal designado, siempre y cuando el distrito reciba:

- 1.) Una nota escrita por el doctor que ha indicado el método, la cantidad, y las horas a las que el medicamento deba ser tomado.
- 2.) Y una nota escrita por los padres o tutores del estudiante, indicando el deseo de que el distrito escolar ayude a su hijo en los asuntos médicos, indicado del mismo modo por el doctor.
- 3.)

### Código Educativo de California, Sección 49423.5

#### Los servicios especializados para el cuidado de la salud física

- a. A pesar de las estipulaciones de la Sección 49422, cualquier individuo con necesidades excepcionales, que necesite servicios físicos especializados durante un horario escolar regular, puede recibir ayuda de los siguientes individuos:
  - 1.) Personas calificadas que posean las acreditaciones apropiadas, extendidas conforme a la Sección 44267, o que tengan un certificado válido de enfermería en salubridad pública, extendida por el Departamento de servicios de Salubridad del Estado.
  - 2.) O por personal calificado y designando de la escuela, que esté capacitado en el cuidado físico, especializado de la salud, siempre y cuando ejerzan tales servicios bajo la supervisión de la enfermera de la escuela, una enfermera pública, o por un doctor acreditado o un cirujano.
- b. Los servicios de salud especializados u otros servicios que requieran de mediana capacitación, deberían ser provistos conforme a los procedimientos indicados en la Sección 49423.
- c. Las personas que ofrezcan servicios especializados y físicos para la salud, deberían además demostrar la capacidad de realizar resucitación cardiopulmonar y deberían de estar al tanto de los recursos médicos de emergencia disponibles en la comunidad, en la cual estos servicios se lleven a cabo.
- d. "Los servicios especializados y físicos para la salud" como se emplea en la sección, incluyen sondas, alimentación por tubos, succión de líquidos, u otros servicios que requieran de cierta capacitación médica.
- e. Las regulaciones necesarias para poner en práctica las estipulaciones de esta sección, deberían de ser desarrollados conjuntamente por el Departamento de Servicios de Salubridad del Estado.

### Código Educativo de California, Sección 49480

El régimen de medicamento continuo por condiciones no episódicas; es requerido un aviso para los empleados de la escuela

El padre o tutor de cualquier estudiante en una escuela pública, con un régimen de medicamento continuo por condiciones no episódicas, debe informarle a la enfermera de la escuela, u otro empleado certificado de la escuela, de los medicamentos que el estudiante este tomando, la dosis actual, y el nombre del doctor que lo supervisa. Con el consentimiento del padre o tutor, la enfermera de la escuela puede comunicarse con el doctor para así aconsejar al personal de la escuela de cualquier posible efecto que el medicamento pueda surtir en los secundarios adversos, de la omisión de dosis, o de sobredosis. El superintendente de cada distrito debe ser responsable de informarles a los padres de todos los estudiantes acerca de los requisitos de esta sección.

### Título 5, 18170, del Código Administrativo de California

La agencia debe seguir estas estipulaciones referentes a los medicamentos

1. Un miembro asignado del personal debe administrar los medicamentos recetados por un doctor para un niño, siempre y cuando tenga el consentimiento de los padres por escrito.
2. La escuela debe de tener un registro de la dosis del medicamento que debe tomar el niño, así como la fecha y la hora del medicamento que está siendo administrado.
3. La medicina debe guardarse en un lugar seguro y con llave, un lugar central de almacenamiento; a este lugar no deben de tener acceso otras personas que no sean los empleados responsables de supervisar la salud del niño. Cada envase debe tener el nombre del medicamento, el nombre de la persona para quien ha sido recetado, en nombre del doctor que lo receta, y las instrucciones dadas por dicho medico. Todos los medicamentos en el almacenamiento central, tendrán que estar etiquetados y almacenados de acuerdo a las leyes Federales del Estado. La medicina debe estar guardada en el envase original en el que fue recibida. NINGUN MEDICAMENTO DEBE CAMBIARSE DE UN ENVASE A OTRO. La agencia debe ser responsable de asegurarse de que el registro de la persona que toma los medicamentos (guardados en un lugar central), contenga lo siguiente: El nombre de la persona a quien se le receto, el nombre del medicamento, la potencia y la cantidad del medicamento, la fecha en que se surtió, el numero de receta, y el nombre de la farmacia que surtió el medicamento.
4. Todos los medicamentos deben guardarse en un lugar central, en donde los niños no tengan acceso.