



# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT Policy bulletin

## LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

### Medical Services Division

#### REQUEST FOR SELF-CARRY OF EMERGENCY MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

Student's Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ Birth date \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Name of Medication \_\_\_\_\_ Start Date \_\_\_\_\_

Dosage Prescribed \_\_\_\_\_ Time/Frequency \_\_\_\_\_ Route \_\_\_\_\_  
(Mouth, Ear, Eye, Etc.)

How long is medication to be taken?  1 year  short-term \_\_\_\_\_  
Date medication to be discontinued or # of days to be given \_\_\_\_\_

Purpose of medication or diagnosis \_\_\_\_\_ ICD Code \_\_\_\_\_

**LICENSED HEALTH CARE PROVIDER** (To be completed by a CA Licensed Health Care Provider, or a physician or surgeon from Mexico contracted with a bi-national health plan who prescribes self-carried, inhaled asthma medication in accordance with C.E.C. Section 49423.1)

This student's medical condition requires immediate use of \_\_\_\_\_ (medication) and the student's wellbeing is in jeopardy unless the medication is carried on the student's person while at school. I certify that this student has demonstrated knowledge of correct dosage and usage and is physically, mentally, and behaviorally capable of carrying this medication. Medication is to be used by the student as indicated above and will be administered by trained voluntary school personnel.

Please check where applicable:

- The medication may have adverse side effects (explain): \_\_\_\_\_
- Special Instructions and/or comments: \_\_\_\_\_

The student for whom this medication is prescribed is under my care.

Print name of licensed health care provider \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Print name of Supervising Physician (if N.P., Midwife or P.A.) \_\_\_\_\_ Furnishing Number (if N.P. or Midwife) \_\_\_\_\_

#### **PADRE/TUTOR**

Solicito que a mi hijo/a, \_\_\_\_\_, se le permita llevar consigo y recibir el apoyo de personal escolar voluntario capacitado para suministrar en la escuela el medicamento recetado. Asumo toda la responsabilidad de suministrar todos los medicamentos y estoy de acuerdo con las políticas y procedimientos del Distrito que figuran al dorso. Solicito que la escuela cumpla con las órdenes del profesional de la salud autorizado que aparece arriba.

Considero que mi hijo/a cuenta con habilidad física, mental y conductual para portar este medicamento. Por medio de la presente renuncio expresamente y eximo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles de todos y cada uno de los derechos o reclamos de cualquier tipo que pueda tener contra el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, la Junta de Educación del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, y sus miembros, voluntarios y empleados, que surjan de, en conexión con, o como resultado de la solicitud anterior.

Autorizo el intercambio de información médica sobre la portación de medicamentos en la escuela con el médico y el farmacéutico autorizados.

Nombre del padre o tutor (usar letra de molde) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono Teléfono del trabajo Teléfono móvil

#### **SCHOOL PERSONNEL**

I have received the request of the parent/guardian and orders of the above licensed health care provider and believe that the above student is physically, mentally, and behaviorally capable of self-carrying this medication at school.

Name of School Principal \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Policy bulletin

---

### **DISTRICT PROCEDURES REGARDING SELF-CARRY OF EMERGENCY MEDICATION DURING SCHOOL HOURS**

1. Prescription medications must be clearly labeled by a U.S. dispensing pharmacy and contain the following information: (consistent with prescription of authorized licensed health care provider)
  - ◆ Student's full name
  - ◆ Physician's name
  - ◆ Dosage, schedule, and route.
  - ◆ How long does medication is to be taken? 1 year or short-term (date medication is to be discontinued or number of days medication is to be administered.)
2. Non-prescription (over the counter) medications that have been authorized by this request, must be in the original container.
3. Requests for Self-Carry of Medication during School Hours must be renewed annually.
4. Parent/Guardian will notify the school nurse or site administrator and provide a new Request for Self-Carry of Medication During School Hours when there is a change in the student's medication, health status or authorized health care provider.
5. Injectable medications, which are to be given on an emergency basis require special arrangements and training of school staff by the credentialed school nurse.
6. A copy of this authorization should be carried with the medication

---

### **PROCEDIMIENTOS DISTRITALES PARA PORTAR MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR**

1. Los medicamentos con receta deben estar debidamente etiquetados por una farmacia de los Estados Unidos y deben contener la siguiente información: (de acuerdo con la receta de un proveedor de atención médica autorizado)
  - ◆ Nombre y apellido del estudiante
  - ◆ Nombre del médico
  - ◆ Dosis, horario y vía de administración.
  - ◆ ¿Cuánto tiempo se debe tomar el medicamento? 1 año o a corto plazo (fecha en que el medicamento debe ser discontinuado o número de días que el medicamento debe ser administrado.)
2. Los medicamentos que no requieren receta (es decir, de venta libre al público), que hayan sido autorizados mediante la presente solicitud, deben estar en su envase original.
3. Las solicitudes para la portación de medicamentos durante el horario escolar deben renovarse anualmente.
4. En caso de ocurrir un cambio en los medicamentos del estudiante, en su estado de salud, o en relación al médico autorizado, el padre de familia o tutor legal le notificará al personal de enfermería escolar o al administrador de la escuela y proporcionará una nueva solicitud para el suministro de medicamentos durante el horario escolar.
5. Los medicamentos inyectables, que se suministren en casos de emergencia, requieren de preparación especial y capacitación del personal escolar, a cargo de personal de enfermería escolar titulado.
6. Se deberá llevar una copia de esta autorización junto con el medicamento



# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Policy bulletin

Name of Student / Nombre del estudiante	Birth date / Fecha de nacimiento	School / Escuela

### **STUDENT CONTRACT FOR SELF-CARRY OF EMERGENCY MEDICATION DURING SCHOOL HOURS**

I am requesting to carry my medication at school, and I agree to do the following:

- I will tell the school nurse or \_\_\_\_\_ (trained voluntary school personnel) if there are any problems with my medication, supplies or equipment.

I understand that any misbehavior with my medication, such as sharing medications with other students or not safely handling equipment, will mean the school administrator or school nurse can take away my self-carry privilege.

### **ACUERDO ESTUDIANTIL PARA PORTAR MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR**

Solicito autorización para llevar mi medicamento a la escuela, y acepto lo siguiente:

- Le notificaré al enfermero escolar o \_\_\_\_\_ (personal escolar capacitado de manera voluntaria) en caso de surgir algún problema con el medicamento, suministros, o equipo.

Comprendo que cualquier clase de conducta indebida con los medicamentos, como compartirlos con otros estudiantes o usar de manera inapropiada los suministros, dará como resultado que el administrador o enfermero escolar me retiren el privilegio de portar medicamentos.

_____ Signature of Student / <i>Firma del estudiante</i>	_____ Date / <i>Fecha</i>
_____ Signature of School Nurse/ <i>Firma del enfermero escolar</i>	_____ Date / <i>Fecha</i>