



**Agreement to Assist Student with
 Prescription and/or Non-Prescription Medication**

 Pupil's Last Name First Name School Sex Date of Birth

(THIS SECTION TO BE COMPLETED BY A CALIFORNIA LICENSED PHYSICIAN.)

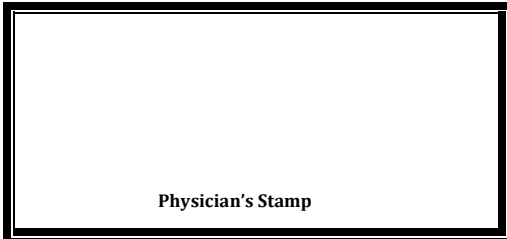
The pupil for whom this medication is prescribed is under my care.

 Purpose of Medication/Diagnosis Name of Medication Route

 Dosage prescribed at School Time of Scheduled Dose Frequency of Dose

q4 QD
 q6 PRN

 Side effects



 Printed Name of Licensed Physician

 Signature of Licensed Physician

 NPI#

 Telephone Number Date

(THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PARENT OR LEGAL GUARDIAN.)

I, _____, the parent or legal guardian of, _____ request that he/she be assisted with the medication described on this form by a nurse or other authorized employee of the District. I understand the medication will not be given except as described in the physician's directions above. I hereby agree to hold the Saugus Union School District, its officers, agents and employees harmless from any and all liability which may arise out of the District's performance under this agreement. I authorize the school nurse to communicate with the physician when necessary.

 Signature of Parent or Guardian Date

 Address

 Home Phone Emergency Phone

REQUIREMENTS:

- 1. All medication must be in the container originally supplied to the patient.**
- 2. This Agreement must be completed at the beginning of each school year as needed for ongoing prescriptions and for any changes in prescriptions during the school year.**

Rev 1/17 SST/SG



***Autorización para Asistir a Estudiantes con el
 Suministro de Medicinas Con o Sin Receta Médica***

Apellido del alumno Nombre de pila Escuela Sexo M F Fecha de nacimiento

(THIS SECTION TO BE COMPLETED BY A CALIFORNIA LICENSED PHYSICIAN.)
(ESTÁ SECCIÓN DEBERÁ SER COMPLETADA POR UN MÉDICO CON LICENCIATURA EN CALIFORNIA)

The pupil for whom this medication is prescribed is under my care.
 El alumno a quien se le prescribió este medicamento está bajo mi cuidado.

Purpose of Medication/Diagnosis
 La razón por la que el alumno/a debe tomar medicina o diagnóstico

Name of Medication
 Nombre de la medicina

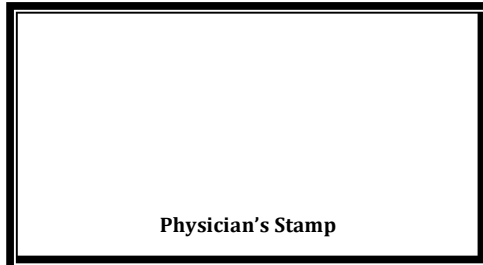
Route

Dosage prescribed at School
 Dosis prescrita para el suministro en la escuela

Time of Scheduled Dose
 Hora de la dosis

Frequency of Dose
 Frecuencia de la dosis
 q4 QD
 q6 PRN

Side effects / Efectos Secundarios



Printed Name of Licensed Physician
 Nombre en letra de molde del médico con licenciatura

Signature of Licensed Physician
 Firma del médico con licenciatura

NPI#

Telephone Number
 Número de teléfono

Date
 Fecha

(ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE O TUTOR LEGAL.)

Yo, _____, el padre o tutor legal de _____, solicito que se le suministre el medicamento descrito en este formulario por una enfermera u otro empleado autorizado del distrito. Entiendo que la medicina no será suministrada excepto según las indicaciones descritas anteriormente por el médico. Por la presente sustento que Saugus Union School District, sus oficiales, agentes y empleados serán inocentes de cualquier y toda responsabilidad que pueda presentarse fuera del funcionamiento del distrito bajo este acuerdo. Autorizo a la enfermera de la escuela se comunique con el médico cuando sea necesario.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Domicilio

Teléfono en casa

Número de teléfono de emergencia

REQUISITOS:

1. Toda medicina debe estar en su envase original prescripto al paciente.
2. Este acuerdo se debe llenar al principio de cada año escolar según lo necesario para el suministro continuo de medicinas con o sin receta médica durante el año escolar.

Rev 1/17 SST/SG