



AUTHORIZATION FOR SPECIALIZED PROCEDURE

The California Education Code (49423.5) provides for any pupil who requires specialized physical health care services, during the regular school day and/or medication prescribed for her/him by a physician provided the school district received:

1. A written statement from the physician detailing the specialized procedure method and time schedule.
2. A written statement from the parent/guardian of the pupil indicating the desire that the school district assist the pupil in the matter set forth in the physician's statement.
3. All supplies necessary for the special procedure/treatment will be provided by the parent/guardian.

CHILD'S NAME: _____

SCHOOL: _____ DATE: _____

I have prescribed the following special procedure/treatment for the above-named child:

Procedure/Treatment: _____

Schedule/Time: _____

Additional Medical Orders/Procedure Details are attached: _____

The school should be aware of : _____

Signature of Physician

Date

Printed Name of Physician

Furnishing number

Address

Telephone number

I hereby give permission for the designated school personnel to complete the above specialized procedure/treatment to my child.

Signature of Parent/Guardian

Date

PLEASE NOTE: It is the parents'/guardians' responsibility to see that this form is updated on a yearly basis or more often as needed should a child's treatment change. It is the parents'/guardians' responsibility to pick-up all supplies at the end of the school year.



AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO ESPECIALIZADO

El Código de Educación de California (49423.5) permite que aquellos estudiantes que necesiten tomar, durante el curso del día escolar, medicinas recetadas por un médico puedan hacerlo a condición de haber recibido el Distrito Escolar las siguientes:

1. Una nota formal escrita por el médico, explicando el método, cantidad y horario del procedimiento especializado.
2. Una nota de los padres/tutores dando su consentimiento al distrito escolar para ayudar a los estudiantes de acuerdo con lo escrito por el médico.
3. Todos los suministros necesarios para el procedimiento/tratamiento especial serán proporcionados por el padre/tutor.

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____ Fecha: _____

He recetado la siguiente medicina para el estudiante nombrado arriba:

Procedimiento/Tratamiento: _____

Horario: _____

Se adjuntan órdenes médicas adicionales/detalles del procedimiento: _____

La Escuela debe de poner atención a: _____

Firma del Médico

Fecha

Nombre del Médico

Numero de telefono

A través de ésta doy/damos permiso al personal escolar designado para administrar la medicina mencionada a mi hijo/a.

Firma de Padre/Madre/Guardián

Fecha

Po favor tome nota: Es la responsabilidad de los padres/guardianes de repasar el formulario medico cada año y de dejar saber a la escuela si hay algún cambio médico o tratamiento. Es la responsabilidad de los padre/guardianes de recoger el medicamento al final del año escolar