

## Instructions for Completing Medication Authorization Form

All prescription and over-the counter medications are kept locked in the health center and will be administered only as authorized by the parent and child's physician. **Important: we cannot administer any medication you send for your child without this signed form.**

Steps to complete the Medication Authorization Form:

1. Medication **must** be prescribed by a California licensed physician. Medications from Mexico or authorizations from Mexican physicians are not allowed by law.
2. Prescription medication must be provided in the original container labeled by a **California pharmacist**, non-prescription medication must be provided in the original container.
3. All medication, both prescription and non-prescription, require a physician's signature, medical license number and complete (legible) instructions from the physician.
4. Verify that all medications are properly labeled:
  - a. medications are in their **original containers**
  - b. prescription medications are properly labeled by the California pharmacy, including:
    - 1) student's name (**prescription must be for the student only, no other name will be accepted**)
    - 2) medication name
    - 3) precise dosage instructions, quantity and frequency
    - 4) physician's name
    - 5) school's initials; example "Twin Peaks" would be T.P.
  - c. non-prescription medications are properly labeled, including:
    - 1) manufacturer's label with the medication name, dosage, and instructions
    - 2) add your child's name (first, last and initial) and the school's initials (e.g., Twin Peaks would be "TP") **example:** Amanda C. Garcia ("TP")
  - d. Spanish labels must be translated to English on the Authorization Form
  - e. Medications are not expired.
5. Fold this form and place it in a zip-lock baggie with all the medications (both prescription and non-prescription in **original containers**) and forward the bag to your child's school as directed by their school.
  - a. Label the baggie with your child's full name and school initials (use masking tape).
  - b. **DO NOT** send any medication to the site in your child's suitcase.
  - c. Homeopathic, herbs, and vitamins **require** a medical authorization form completed by your physician.

If you have any questions regarding your child's medication or these instructions, please contact your school or the Outdoor Education Program Nurse at the site your child is scheduled to attend:

Cuyamaca Outdoor School: (760) 765-3004, or (760) 765-3000 if no answer FAX: (760) 765-3001

Fox Outdoor School: (760) 782-4100, or (619) 296-8935 if no answer FAX: (760) 782-4101

Thank you for your cooperation and help. We appreciate your time to complete this form. It is important information that will help make your child's experience safe and enjoyable!

# Medication Authorization Form

To be completed by Child's Physician

PLEASE COMPLETE FULLY AND CAREFULLY

School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_  
(Last) (First)

Medications				
Name of Medication:	Purpose of Medication	Dosage Prescribed	Dosage Schedule (routine/as-needed)	Dosage Form (tablet, liquid, etc.)

Precautions, special instructions, possible adverse effect(s), or comments:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note: The physician providing the information on this form MUST be licensed to practice medicine in California.**

The above named child is under my care:

Physician's Name (print) : Dr. \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_  
(Last) (First) Phone #: \_\_\_\_\_

Office Name and Address: \_\_\_\_\_

**Physician's Signature:** \_\_\_\_\_ **CA License #:** \_\_\_\_\_

We hereby authorize the school to administer the above listed medications in accordance with the instructions noted.

**Parents Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## Instrucciones para Completar la Forma de Autorización para Medicamentos

**Todo medicamento recetado y no recetado se mantiene bajo llave en el centro de salud y sera administrado unicamente como lo autorize el padre y el medico del niño(a). Unicamente inhaladors de asma pueden mantenerse en la cabana del niño(a). No se administrara ningun medicamento a menos que sea recibido en su recipiente original, con esta forma de autorización firmada.**

Pasos para completar la Forma de Autorización Médica:

1. El medicamento DEBE ser recetado por un medico con licencia en California. Los medicatmentos de Mexico o las autorizaciones de medicos mexicanos están prohibidas por la ley.
2. Determine si su hijo(a) necesitará traer medicamentos recetados o sin receta al establecimiento.
  - a. No mande ninguna de las siguientes medicinas no recetadas al establecimiento porque ya estan disponibles:

Benadryl (comezón local / piquete de insecto	Kaopectate (dearrea)
Loción de Caladryl (roble venenoso)	Metamucil (estreñimiento)
Jarabe de Coke (problemas estomacales)	Polysporin Topical (heridas / quemaduras leves)
Pastilla contra la tos (tos)	Rubitussin (tos)
Crema de Hidrocórtisona (comezón/sarpullido)	
Tylenol (dolor de cabeza / musculos)	
3. Someta la Forma de Autorización Médica al Médico de su hijo(a) para que la complete. Todo medicamento, ambos recetados y no recetados, que no este enlistado arriba requiere la firma del médico e instrucciones completas (legibles) del médico. **No podemos administrar ningun medicamento (resetado o no resetado que mande para su hijo(a) sin esta forma firmada.**
4. Verifique que todos los medicamentos sean propiamente marcados y que la autorización haya sido dada. Verifique que:
  - a. Todos los medicamentos esten en su frascos originales.
  - b. Todos los medicamentos esten propiamente marcados, (use cinta de pegar si es necesario), incluya:
    - 1) **Nombre del estudiante (recetas deberan ser para el estudiante unicamente, ningun otro nombre sera aceptado )**
    - 2) **Nombre del medicamento**
    - 3) **Instrucciones precisas de la dosis, cantidad y frecuencia (receta unicamente)**
    - 4) **Nombre de médico (si es receta)**
    - 5) **Iniciales de la escuela; ejemplo “Twin Peaks” seria T.P.**
    - 6) **Las etiquetas en Español deberan ser traducidas al Ingles en la Forma de Autorización**
  - c. Que los medicamentos recetados no esten vencidos.
  - d. Todos los medicamentos enlistados en esta Forma de Autorización Medica firmada con las instrucciones debidas para su administracion.
5. Doble esta forma y pongala en una bolsa de plastico zip-lock con todos los medicamentos ( ambos recetados y no recetados in sus frascos originales) y mande la bolsa a la escuela de su hijo para transportarla a la escuela del aire libre.
  - a. Marque la bolsita con el nombre de su hijo(a) y el nombre de la escuela (use cinta de pegar).
  - b. No envíe ningún medicamento al establecimiento en la maleta de su hijo(a).
  - c. Vitaminas no se deberan mandar al estableciminto a menos que sea ordenado por el doctor.
  - d. Se requiere una forma de autorización medicada firma por el doctor para homeopáticos, hierbas, y vitaminas.

Si tiene alguna pregunta concerniente a la medicación de su hijo(a) o de estas intrucciones, favor de ponerse en contacto con su escuela o con la enfermera de Programa de Educacion al Aire libre en el estableciminto que su hijo(a) esta programado a atender:

Cuyamaca Outdoor School: (760) 765-3004, ó (760) 765-3000 si no hay respuesta

Fox Outdoor School: (760) 782-4100, ó (619) 296-8935 si no hay respuesta

Gracias por su cooperación y ayuda. Apreciamos su tiempo en completar esta forma. Esta es información importante la cual nos ayudara para que la experiencia de su hijo(a) sea segura y agradable!

**FAVOR DE COMPLETAR CUIDADOSAMENTE**

**Forma de Autorizacion para Medicamentos**

**Debera completarse por el medico del nino(a)**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del nino(a): \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Medicamentos	Nombre de Medicamento A.	Nombre de Medicamento B.	Nombre de Medicamento C.	Nombre de Medicamento D.	Nombre de Medicamento E.
Propósito del Medicamento					
Dosis Recetada					
Horario del Medicamento					
Forma de Dosis (Tableta, Liq., ect.)					
Lapso de Tiempo que el Medicamento es Necesario					

Precauciones, instrucciones especiales, efectos adversos posibles, o comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atención: El medicó que proporciona esta información DEBE tener licencia para practicar medicina en California.

El nino(a) ya mencionado esta bajo mi cuidado:

# de Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico (letra de molde): Dr. \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Oficina y Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ # de licencia en California: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizamos a la escuela de adminictrar los medicamentos escritos de acuerdo con las instrucciones anotadas.

Firma de Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_