

EXPLORER ELEMENTARY CHARTER SCHOOL

2230 Truxtun Road . San Diego, CA 92106 . (619) 795-3600

www.explorerelementary.org

MEDICATION FORM 2011/2012

Dear Explorer School Families,

As part of our disaster preparedness, we are writing to ask if your child has any medical conditions that require medication, i.e. asthma, severe allergies, etc. We would like to make sure we have the proper medications on hand in case of a major disaster where it might take several hours or longer for children to be picked up from school. Working together, we can ensure that the children will be well cared for.

Please fill in the bottom portion and include the proper medication, well labeled and including directions for use on or before the first day of school.

PLEASE NOTE: All medication to be given at school MUST be dispensed by the school office. This includes any over-the-counter medications as well as prescription. Children are not allowed to have any form of medication, non-prescription or prescription in their possession at any time during school hours.

Medication from the previous year has been disposed of and needs to be replaced at the beginning of each year.

Thanks again for your cooperation.

PARA LLENARSE POR EL PADRE, MADRE O TUTOR

Por favor, pida a un **adulto** que entregue el medicamento y el formulario completo a la escuela.

Después de la fecha especificada por el médico para descontinuar el medicamento, se deberán indicar los cambios o la continuación del procedimiento presentando una nueva copia fechada de este formulario. Todas las solicitudes de administración de medicamentos deberán renovarse cada año escolar si es necesario continuarlos.

El procedimiento alternativo para emergencias cuando la enfermera se encuentre ausente es como sigue:

Solicito que la enfermera de la escuela, u otra persona designada por el director/directora, administre el medicamento según lo indica el médico en el frente de esta hoja. Entiendo que la enfermera de la escuela tiene mi autorización para comunicarse con el médico que recetó el medicamento respecto a asuntos relacionados con este medicamento. Acepto mantener al distrito, a sus funcionarios, empleados o agentes, libres de culpa y de toda responsabilidad, demandas o reclamaciones, cualquiera que sea su naturaleza, que pudieran surgir como resultado de administrar el medicamento de acuerdo con esta solicitud.

Firma del Padre/Madre o Tutor _____ Mes Día Año _____

Telefono _____

ONLY FILL OUT IF A MEDICAL CONDITION EXISTS

Child's First/Last Name: _____

Birth Date: _____ Age: _____

Medical Condition: _____

Medication Necessary: _____

Parent's Signature: _____ Date: _____

2011/2012