



## Safety Town Authorization to Administer Medication(s) and Release of Liability

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_  
**Safety Town School Site:** \_\_\_\_\_ **Program dates:** \_\_\_\_\_

To: Parent/Guardian and Physician

If a medication must be taken during the Safety Town program day, it is necessary in accordance with **California Education Code Section 49423**, to have a written statement on file. The statement must be signed by the parent/guardian and the physician indicating a desire that designated Safety Town Director assist the student with medication administration. **The authorization must be made annually and/or whenever a change occurs.** Education Code requires that **ALL** medications, **prescription** and **over-the-counter** must have a completed statement from **BOTH** the physician **AND** parent/guardian **BEFORE** they can be administered. Medication must be provided in the **original container** labeled with the student's name, medication name, dose/strength and **specific** administration directions.

### Parent/Guardian Authorization

As the parent/guardian of the above named child, I request that designated Safety Town personnel assist in the administration of medication prescribed by the physician. I give consent for the physician and designated Safety Town Director to communicate directly, regarding the administration of the medication. I understand it is my responsibility to bring all medication safely to the school and I agree to refill or replace medication as necessary. I understand that the medication will be stored in a locked area unless the physician indicates that my child is capable of carrying and self-administering it.

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

### Physician Authorization

As the physician of the above named child, it is, in my professional opinion appropriate and necessary that the following medication(s) be available for administration during the Safety Town program.

**Please place an "X" through any unused columns.**

Name of Medication(s)	1.	2.	3.
Purpose of Medication			
Strength/Dose			
Medication Form (liquid, tablet, inhaler, etc.)			
Route of administration (oral, inhaled, injected, etc.)			
Scheduled administration time(s) or frequency if PRN			
Duration of need (if other than entire week)			
Precautions, instructions, adverse effects or comments			
Can the student carry and self administer medication?	Please Circle <b>Yes / No</b>	Please Circle <b>Yes / No</b>	Please Circle <b>Yes/ No</b>

**Physician Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Print Physician's Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

### Safety Town Waiver and Release

I, the parent/guardian of \_\_\_\_\_, (print child's full name), for myself and for my minor child, do hereby fully release and hold harmless Safety Town of Santa Barbara County, Goleta Union School District, any agent, director, officer, supervisor, or member of such organization from any and all liability, loss, damages, or injuries arising out of administering this medication during the SAFETY TOWN program in which I have enrolled my child.

I have read and fully understand this Safety Town Waiver and Release.

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



**Ciudad de seguridad del condado De  
Santa Barbara Autorización Para Administrar Medicinas**

**Nombre del Alumno/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Escuela de Safety Town:** \_\_\_\_\_ **Fechas del programa:** \_\_\_\_\_

A: Padres/Tutores y Médico

Si se debe tomar alguna medicina durante el horario escolar o en alguna excursión organizada por la escuela, es necesario, en cumplimiento con la Sección 49423 del Código de Educación de California, tener una declaración por escrito en el expediente. La declaración debe estar firmada por los padres/tutores y el médico indicando su deseo de que el personal escolar asista al alumno/a con la administración de la medicina. **La autorización debe hacerse anualmente y/o siempre que haya algún cambio.** El Código de Educación exige que TODAS las medicinas, recetadas o sin receta deben tener una declaración completada TANTO por el médico COMO POR los padres/tutores ANTES de que pueda ser administrada. Las medicinas deben traerse en su bote original etiquetado con el nombre del alumno/a, el de la medicina, la dosis y concentración y las instrucciones específicas para su administración.

**Autorización de los Padres/Tutores**

Como padres/tutores del alumno/a arriba indicado/a, solicito que personal escolar designado asista en la administración de la medicina recetada por el médico. Doy mi consentimiento para que el médico y el personal escolar designado se comuniquen directamente con referencia a la administración de la medicina. Entiendo que es mi responsabilidad el entregar en la escuela todas las medicinas y estoy de acuerdo en surtir las o sustituirlas cuando sea necesario. Entiendo que la medicina se guardará en un área cerrada con llave salvo que el médico indique que mi hijo/a es capaz de llevarla consigo y administrarse a sí mismo/a.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Autorización del Médico**

Como médico del niño arriba mencionado, en mi opinión profesional, es apropiado y necesario que los siguientes medicamentos estén disponibles para ser administrados durante el programa de Safety Town.

**Pongan una "X" en las columnas que no usen.**

Nombre(s) de la(s) Medicina(s)	1.	2.	3.
Propósito de la Medicina			
Concentración/ Dosis			
Forma de la medicina (líquida, tableta, inhalador, etc.)			
Ruta de administración (oral, inhalación, inyectada, etc.)			
Horario de administración hora(s) o frecuencia si PRN			
Duración de la necesidad (si diferente de todo el curso)			
Precauciones, instrucciones, efectos secundarios o comentarios			
¿Puede el alumno llevar y autoadministrarse la medicación?	Por favor, marque con un círculo <b>Sí/ No</b>	Por favor, marque con un círculo <b>Sí/ No</b>	Por favor, marque con un círculo <b>Sí/ No</b>

**Firma del Médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Exención de culpabilidad del programa SAFETY TOWN**

Yo, padre/tutor de \_\_\_\_\_, (poner el nombre completo del niño), a nombre mío y de mi hijo menor de edad, le quito/deslindo al programa, Ciudad de seguridad del condado De Santa Barbara, Goleta Union School District, toda culpa por cualquier daño, pérdida, o lesión que resultara en la administración de la medicina en el programa de SAFETY TOWN en la que he matriculado yo al niño.

He leído y entendido completamente esta excensión al programa de Safety Town

**Firma del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_