

DISTRITO ESCOLAR DE TIPTON INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES

▶ ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija a la escuela Sunnyside? Sí No Si, Grado _____

POR FAVOR IMPRIME – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Primer nombre legal	Segunda nombre legal	Apellido legal	Otro nombre legal (si aplica)
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otra	Fecha de nacimiento:		Grado (Este Año):
	Mes	Día	Año

LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

Domicilio (Dirección postal o # de casa y nombre de la calle)	Apt#	Ciudad	Estado	Zip
Domicilio (# de casa y nombre de la calle) (si es diferente a la otra)	Apt #	Ciudad	Estado	Zip

Información del padre o tutor con el/la que vive el/la estudiante – marque todas las que apliquen

Padre Madre Ambos Padrastro Madrastra Encargado Casa grupal/de cuidado temporal Otro _____
 ¿Es la persona/s marcada arriba el tutor LEGAL del/la estudiante? Sí No
 Si no, por favor llene una declaración jurada de la persona encargada (*Caregiver Affidavit*)
 Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante, por favor marque si es: Custodia conjunta Custodia individual Encargado

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO PARA EL/LOS PADRE/S O GUADIANTE CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:

1. Padre Padrastro/Gradiente (maque uno) **Nombre completo** _____
 Cell Phone _____ Email _____
 Empleador _____ Ciudad _____ Tel. de día # (____) _____

2. Madre Madrastra/Tutora (marque una) **Nombre completo** _____
 Cell Phone _____ Email _____
 Empleador _____ Ciudad _____ Tel. de día # (____) _____

¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela? Inglés Español

Residencia – ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación al NCLB) – Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s
 En una residencia permanente con la familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) (20) En un motel/hotel (09)
 Con más de una familia en una casa o apartamento (11) Sin residencia (carro o campamento) (12)
 En un refugio o programa de vivienda en transición (10) Otra (15) especifique _____

EDUCACIÓN DE LOS PADRES – Marque la respuesta que describa el nivel del padre con mayor grado de educación escolar.

No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria) (14)
 Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria) (13)
 Algo de *college* (incluye AA degree) (12)
 Se graduó del *college* (Universidad) (11)
 Con licenciatura o con postgrado (10)

CONTACTO DE EMERGENCIA	
Nombre	
Relación	Numero de telefónico
Domicilio	
Nombre	
Relación	Numero de telefónico
Domicilio	

BELOW FOR SCHOOL USE ONLY						
Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Enroll Date:	Assigned Grade: Teacher:	Permanent ID: Family ID: SSID:	Verified By:

PLEASE COMPLETE INFORMATION ON THE OTHER SIDE OF THE FORM (REV 7/2015)

CORREO DUPLICADO – Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:

Nombre completo _____ Tel. #: (____) _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip Código _____

ESCUELA/S DONDE ASISTIÓ ANTES:

Escuela (empiece con la más reciente)	Dirección/Ciudad/Estado/Zip	Grado/s	Fecha/s

Niños en la Familia

En el orden de nacimiento, liste todos los hermanos(as) que viven en la casa.

Nombre y Apellido	Mes y Año de Nacimiento	Hombre	Mujer	Viven en las Casa

Cualquier otra persona además de hermanos/ o padres que vive en la casa del alumno.

Lista de Adultos que pueden recoger a mi Hijo(a) y la Relación.

Nombre y Apellido	Relación	Numero de Teléfono
1		
2		
3		

Por Orden de Corte

Orden judicial En Archivo : Sí _____ No _____, Numero de Orden _____

Lista de Adultos que NO pueden recoger a mi Hijo/a: _____

Treatment for Life Threatening Anaphylaxis

Anafilaxia es una respuesta alérgica, rápida y severa causada por picaduras de insectos, comidas, medicamentos, materiales látex, ejercicios o en ocasiones raras por causas desconocidas. Esta es una condición alérgica que amenaza la vida y requiere de tratamiento médico inmediato. Administrando "Epinephrine" a los estudiantes durante una emergencia médica puede ayudar a asegurar la salud del estudiante y la escuela. Las oficinas de Educación del condado de Tulare han adoptado un protocolo para salvar vidas dando espinephrine a estudiantes que necesiten este tratamiento.

El personal de la escuela puede administrar el tratamiento de emergencia EPI-Pen a mi hijo(a) en caso que se presente una reacción alérgica anafilaxia que amenaze su vida durante horas de escuela o durante actividades relacionadas con la escuela.

Sí, yo doy mi consentimiento (Firma requerida) _____ Fecha _____

No, yo NO DOY mi consentimiento (Por favor escriba sus iniciales) _____

¿Ha sido suspendido/a su hijo o hija? Sí No ¿Alguna vez fue expulsado/a? Sí No

¿Tiene a seguridad de salud su familia? Sí No (por favor marque lo que tiene) Healthy Families Medi-Cal Seguridad

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud crónica? Sí No Sí, sí explique _____.

¿Es su hijo/a alérgico a insectos, comida o medicamento? Sí No Sí, sí explique _____.

¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a? Sí No

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (por favor marque las que apliquen)

Educación especial: Recursos didácticos (RSP) Clase especial en el día (SDC) Habla y lenguaje 504

PERMISO DE PERIODICO: Doy permiso que el retrato de mi estudiante salga en el periódico. Sí No

PERMISO DE INTERNET: Doy permiso de que pongan el retrato de mi estudiante en el Internet (La Oficina de Educación). Sí No

PERMISO DE ACTIVIDAD: Yo doy permiso para que mi hijo (a) asista a paseos, Actividades Deportivas, y otras Actividades las cuales estarán bajo la supervisión de y sujetas a la jurisdicción de distrito escolar o maestro. Sí No

En caso de un accidente o enfermedad y yo no me pueden localizar tiene mi permiso de llevar a mi estudiante al Hospital Sierra View para que pueda recibir atención médica. Sí No

Los Derechos Del Padre: La ley requiere que los padres reciban una copia de ciertas Secciones de Código de Educación de los derechos de los padres. Esta información es proporcionada en la Guía del Estudiante y es enviada a casa con el estudiante la primera semana de escuela o durante la matriculación. Su firma significa que usted ha recibido esta información.

Su firma certifica que toda la información que dio en esta forma es un hecho y cierto. Su firma también certifica que usted entiende toda la información en esta forma.

Firma del padre o Guardia _____ Fecha _____

Escuela de Primaria de Tipton

Encuesta de Lenguaje

Cual es sus origen etnico ? (Por favor marque una):

- Hispanic or Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish Cultures or origin, regardless of race)
- Not Hispanic or Latino

Cual es su raza del nino? (Por favor marque hasta cinco)

La parte de arriba de la pregunta se refiere a etnicio no raza. No importa lo que haya seleccionado anteriormente, por favor de continuar respondiendo lo que sigue marcando una o mas cajas para indicar su raza.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native (100) | <input type="checkbox"/> Laotian (206) | <input type="checkbox"/> Tahitian (304) |
| <input type="checkbox"/> Chinese (201) | <input type="checkbox"/> Cambodian (207) | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (399) |
| <input type="checkbox"/> Japanese (202) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American (400) |
| <input type="checkbox"/> Korean (203) | <input type="checkbox"/> Other Asian (299) | <input type="checkbox"/> African American or Black (600) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese (204) | <input type="checkbox"/> Hawaiian (301) | <input type="checkbox"/> White (700) (Persons having |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian (205) | <input type="checkbox"/> Guamanian (302) | origins of the original people of |
| | <input type="checkbox"/> Samoan (303) | Europe, North Africa, or Middle East) |

ESTUDIO DE IDIOMA DEL HOGAR:

1. Cuado su hijo(a) empezo a hablar Cual idioma apredio primero? _____
2. Cual idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. Cual idioma usa Ud. Con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. Cual idioma hablan los adultos con mas frecuencia en la casa? _____
5. Le an dado a su hija/hijo el exam de CELDT? Si No No Se

Fecha Primero asistio a la escuela en los Estados Unidos

Mes

Dia

Ano

Fecha Primero asistion a la escuela en California

Mes

Dia

Ano



**TULARE COUNTY
HEALTH & HUMAN SERVICES AGENCY**

Cheryl L. Duerksen, Ph.D.
Agency Director

Karen Haught, MD, M.P.H. • Health Officer • Department of Public Health

January 6, 2016

Estimado padre de familia o tutor:

Re: Nuevos requisitos de inmunización en 2016

Bajo una nueva ley conocida como SB 277, empezando el 1 de enero de 2016, las exenciones basadas en creencias personales, incluyendo las creencias religiosas, ya no serán una opción para las vacunas que actualmente se requieren para entrar al cuidado infantil o la escuela en California. Esta nueva ley no afectará a la mayoría de las familias, ya que sus hijos han recibido todas las vacunas requeridas. Las exenciones personales en el registro de un niño que ya está asistiendo al cuidado infantil o la escuela permanecerán válidas hasta el momento que el niño llegue al siguiente punto de verificación de inmunización al entrar a Kindergarten (o Kínder de transición) o el 7° grado.

Para más información acerca de SB 277, por favor lea las Preguntas Frecuentes disponibles en: <http://bit.do/SB277espanol>.

Para más información acerca de los requisitos de vacunación escolar y otros recursos, puede

1. Visitar el sitio web del Departamento de Salud Pública de California al www.shotsforschool.org.
2. Contactar al Departamento de Salud Pública del Condado de Tulare al (559) 685-5725, o
3. Contactar la Oficina de Educación del Condado de Tulare al (559) 651-0130.

Gracias por ayudar a mantener sanos a nuestros niños y a la comunidad.

Atentamente,

Karen Haught, MD, MPH
Oficial de Salud del Condado de Tulare

[Director(a) de escuela]
[Enfermero(a) de la escuela]

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



Requisitos de ingreso por edad y grado:

Vacuna	4-6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kínder de transición/ kínder o más arriba)	7-17 años de edad Escuela primaria o secundaria	7° grado*
Polio (OPV or IPV)	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después).	
Difteria, Tétanos y Pertussis (Tos Ferina)	5 dosis de DTaP, DTP o DT (4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis de DTaP, DTP, DT, Tdap o Td (3 dosis cumplen con el requisito si la última se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después). Para los alumnos de 7° a 12° grado, se requiere que una de esas dosis sea Tdap o DTaP/ DTP y que se la hayan puesto al cumplir los 7 años de edad o después).	1 dosis de Tdap o DTP/DTaP al cumplir los 7 años de edad o después
Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR o MMR-V)	2 dosis (Ambas dosis deben haberse puesto al cumplir el 1er año o después. Sólo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubéola si es que recibió vacunas separadas).	1 dosis en o después del primer cumpleaños. (La vacuna contra las paperas no es necesaria si es que recibió vacunas separadas).	2 dosis de MMR o cualquier vacuna contra el sarampión. (Ambas dosis deben haberse puesto al cumplir el 1er año o después)
Hepatitis B (Hep B o HBV)	3 dosis		
Varicela (VAR, MMR-V o VZV)	1 dosis	1 dosis para alumnos de 7-12 años de edad 2 dosis para alumnos de 13-17 años de edad	

*Los nuevos alumnos de 7° grado también deben cumplir con los requisitos para alumnos de 7-17 años de edad.

LA RAZON POR QUÉ SU NIÑO(A) NECESITA VACUNARSE:

La Ley de Inmunización Escolar de California requiere que todos los niños estén al día con sus vacunas para asistir a la escuela. Las enfermedades como el sarampión y la tos ferina se propagan rápidamente, de modo que los niños deben estar protegidos antes de entrar. Se requiere que las escuelas en California verifiquen los comprobantes de inmunización de todos los nuevos estudiantes de kínder/kínder de transición **hasta** el 12° grado y de los estudiantes pasando a 7° grado antes del comienzo de clases.

LA LEY (en inglés):

Health and Safety Code, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325-120380; California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-60755

LO QUE NECESITA PARA LA INSCRIPCIÓN:

Traiga el comprobante de inmunización de su niño(a). No es posible inscribirlo(a) sin eso. El comprobante de inmunización debe mostrar la fecha para cada una de las vacunas requeridas arriba. Si no tiene un comprobante de inmunización, o si su niño(a) no ha recibido todas las vacunas requeridas, llame a su doctor inmediatamente para hacer una cita.

Si un médico licenciado determina que su niño(a) no debe recibir cierta(s) vacuna(s) por razones médicas, presente una declaración escrita para obtener una **exención médica** para la(s) vacuna(s) que le falta(n).

Hasta el 2016, si una vacuna es contra sus **creencias personales**, usted puede presentar el formulario CDPH 8262 para la(s) vacuna(s) que le falta(n). El formulario debe tener las firmas de un padre de familia y de un profesional médico autorizado. Para más detalles, visite: <http://www.shotsforschool.org/laws/faqspe/>.

También debe presentar un comprobante de inmunización para todas las vacunas no exentas.

¿Tiene preguntas? Visite shotsforschool.org o comuníquese con su departamento de salud local (bit.do/immunization).

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Zona Postal	Escuela
Ciudad		

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/dT/d (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELA (Viruelas locas)					
OTRA					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián	Fecha
Nombre, domicilio, y teléfono del examinador	
Firma del examinador de salud	Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La Ley de California (*Código de Educación Sección 49452.8*) establece que tu hijo (a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo (a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo (a), llena la sección 3.

Sección 1: Información del niño (a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)

Primer nombre del niño (a):	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño (a):
Domicilio:			Departamento.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro (a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor:	Raza u origen étnico del niño (a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	<u>Experiencia con Caries</u> (Daño visible / amalgamas presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Daño visible presente:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño (a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
_____ Firma del profesional dental con licencia Número de licencia de California Fecha			

Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental

Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento

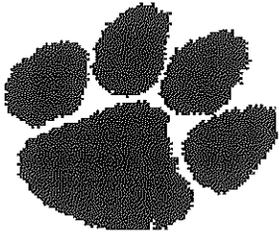
Por favor excuse a mi hijo (a) de la evaluación dental debido a: (Marca el espacio que mejor describe la razón)

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo (a).
El plan de seguro dental de mi hijo es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
 - No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo (a).
 - No quiero que mi hijo (a) reciba una evaluación dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo (a) no puede recibir una evaluación dental: _____

Si pides una excusa de este requerimiento: ► _____
Firma del padre o tutor **Fecha**

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo (a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo (a). Si tienes preguntas por favor llama a tu escuela.

Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de tu hijo ().
 El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo (a).



TIPTON ELEMENTARY SCHOOL

370 N. Evans Road • P.O. Box 787 • Tipton, CA 93272
559-752-4213 • FAX: 559-752-1231

Tiger Pride!

Oficina de Educación
Programas de Salud Escolar

Stacey Beltencourt
Superintendent

Cherie Solian Ed.D.
Principal

Maryann Henry
Business Manager

Fausto Marlin
MOT Director

Connie Sanchez
Cafeteria Manager

Procedimiento de Medicamentos en la Escuela

Estimados Padres/Guardianes,

_____ le extiende la cortesía de administrarle los medicamentos necesarios a su hijo/a durante las horas escolares. Sin embargo, para la salud y seguridad de su hijo/a nosotros **solamente** podemos asistir en administrar los medicamentos si se cumplen los siguientes pasos.

Procedimiento de Medicamento: (Todo debe ser cumplido)

1. Recoja una Forma para Medicamentos de la oficina de la escuela para que sea completada por el/la p/madre y el médico. (Al empezar cada año escolar, se debe completar una forma nueva).
2. El médico del estudiante debe completar la forma detallando el método y los horarios para tomar el medicamento.
3. El/la p/madre o guardián deben traer a la escuela el medicamento en la botella con la etiqueta original de la receta.

Información que Usted Debe Saber:

1. **Una nota de casa no es suficiente.** Una forma de medicamentos debe ser completada por el médico y el/la p/madre.
2. El medicamento que un estudiante traiga a la escuela, incluso con una nota, no se puede administrar en la escuela.
3. Tylenol®, pastillas para la tos, pomadas, pastillas para el resfriado, gotas para los ojos, inhaladores para el asma, etc. Todos estos son medicamentos. Este procedimiento de medicamentos debe seguirse con estos medicamentos también.

Por ley, no se puede hacer ninguna excepción a estas reglas. Si estas reglas no se cumplen, nosotros no podremos asistirle en administrarle a su hijo/a el medicamento en la escuela. Usted tendrá que venir a la escuela y administrarle el medicamento a su hijo/a.

Gracias por su comprensión y cooperación en este asunto. Si usted tiene cualquier pregunta por favor no se detenga en llamar a: _____.

Board Members

Greg Rice
President

Iva Sousa
Clerk

John Cardoza
Trustee

Shelley Heeger
Trustee

Fernando Cunha
Trustee

TULARE COUNTY OFFICE OF EDUCATION
SCHOOL HEALTH PROGRAMS
 (559) 651-0130, #3730

MEDICATION IN SCHOOL

SCHOOL: Tipton Elementary	Address: PO Box 787, Tipton CA 93272	Phone: (559) 752-4213	FAX: (559) 687-2221
Student's Name:	Date of Birth:	Grade:	Teacher:

California Education Code 49423 states that medication may be given at school, when absolutely necessary for adequate treatment of the child, with the following provisions:

1. A request in writing signed by the parent.
2. An order in writing from the physician giving instructions for medication - the type, dosage, and method of administration. Time limit must be stated, such as: order effective 3 mos., 6 mos., etc.
3. **Medication must be clearly labeled and in the original and current prescription container.**
4. Form is valid only for the current school year.

Please COMPLETE for ALL Medications:

Medication is absolutely necessary at school for the following reason: _____

Precautions or Side Effects: _____

Medication:	Dosage and Frequency:
Route:	Time(s) to be given at School:

For Asthma Inhalers or Auto-Injector Epinephrine

Student has been instructed by physician and **may** carry and administer his/her asthma medication. Yes No

Student has been instructed by physician and **may** carry auto-injector epinephrine (EpiPen). Yes No

Health Care Provider Signature Date

Health Care Provider Name/Address (Please Print) Telephone

I give consent for school personnel to provide medication as ordered for my child. I also give consent for the school nurse and my child's medical provider to exchange medication information regarding my child. I will notify the school if there are changes in my child's health status.

Parent/Guardian Signature Date

For the safety of your child, this form MUST BE COMPLETED and RETURNED to the school nurse or administrator by parent or physician. All medications must be in the original container.