

SPECIAL EDUCATION DEPARTMENT

LIFE-SUSTAINING MEDICATION(S) NEEDED IN CASE OF DISASTER

Student's Name	Birth date	
Address	City	Zip

**To Parent/Guardian:**

As part of our disaster Preparedness Plan in anticipation that you may be separated from your child for possibly 72 hours, we must have a doctor's prescription on file for **life-sustaining medication(s)**. *Please return this completed form to the classroom teacher only if your child requires life-sustaining medication(s).* Complete and submit a new form if there are any changes.

Although we will try our best to provide your child with these medications, we cannot guarantee that circumstances will allow us to do so in the event of a major disaster.

**To Physician:**

This will serve as a prescription for the individual named above. Both the parent and I recognize that circumstances beyond anyone's control may prevent the dispensing of these **life sustaining medications**. *A new form must be completed for any changes.*

Medications which MUST be given over a 24-hour period: (Please write clearly)

<u>DRUG</u>	<u>DOSE</u>	<u>ROUTE</u>	<u>TIME(S)</u>

Physician's Signature	<b>License Number</b>	Date
-----------------------	-----------------------	------

Physician's Name Printed	Physician's Address
--------------------------	---------------------

Parent/Guardian Signature	Parent/Guardian Name Printed	Date
---------------------------	------------------------------	------

## MEDICAMENTO(S) NECESARIO(S) PARA EL SUSTENTO-VITAL EN CASO DE DESASTRES

Nombre del Estudiante	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Código Postal

**Para Padres / Tutores:**

Como parte de nuestro Plan de Preparación para desastres anticipando que puede estar separado de su hijo por posiblemente 72 horas, nosotros debemos tener una receta médica en los archivos para **medicamento(s) necesario(s) para el sustento-vital**. *Por favor regrese este formulario completo al maestro del salón de clases solamente si su hijo/a requiere el/los medicamento(s) para el sustento-vital.* Complete y entregue una nueva forma si hay algunos cambios.

Aunque haremos todo lo posible por proveer los medicamentos a su hijo/a, no podemos garantizar que las circunstancias nos permitan hacerlo en caso de un desastre mayor.

**Para el Médico:**

Esto servirá como una receta médica para el individuo arriba mencionado. Ambos, los padres y yo reconocemos que circunstancias fuera de cualquier control pueden impedir la administración de estos **medicamentos para el sustento-vital**.

*Un formulario nuevo se debe completar por cualquier cambio que se haga.*

Los medicamentos que DEBEN darse durante un periodo de 24 horas: (Por favor escriba claramente)

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>RUTA</u>	<u>HORARIO(S)</u>

Firma del médico	Número de licencia	Fecha
Nombre del médico	Dirección del médico	

Firma de los Padres/Tutores	Nombre de los Padres/Tutores	Fecha
-----------------------------	------------------------------	-------