



AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grade	School	Date
----------------------	---------------------	-------	--------	------

Código Educativo 49423 Cualquier estudiante que requiere tomar, durante el día regular de clases, medicamento recetado por un doctor, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela u otro personal asignado si el distrito escolar recibe (1) una declaración escrita por dicho doctor detallando el método, cantidad y el horario por el cual dicho medicamento debe ser tomado y (2) una declaración escrita del padre/tutor del estudiante indicando su deseo de que el distrito escolar ayude al estudiante en seguir las instrucciones dadas por el doctor.
***Código Educativo 49423 (c)** Cualquier estudiante puede recibir acción disciplinaria conforme a la Sección 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina auto-inyectable en una forma distinta a la prescrita.

Todas las declaraciones escritas serán automáticamente suspendidas al final del año escolar después de la escuela de verano. Se requieren nuevas declaraciones escritas cada año escolar.

****PHYSICIAN USE ONLY****

1. Medication: _____ Dose: _____ Reason/Diagnosis: _____

Route: Oral Inhale Nasal Topical Intramuscular Other _____

Medication Start Date: _____ Stop Date: _____

If DAILY, Time (s) to be given: _____

If AS NEEDED (prn), Frequency: Every 4 to 6 hrs. Every 6 to 8 hrs. Other _____

FOR INHALER or EPINEPHRINE AUTO-INJECTORS ONLY.

Self- Carry - Student demonstrates competence. • (NOT recommended in elementary school)

Stored in the Health Office

Other instructions or precautions-possible reactions: _____

2. Medication: _____ Dose: _____ Reason/Diagnosis: _____

Route: Oral Inhale Nasal Topical Intramuscular Other _____

Medication Start Date: _____ Stop Date: _____

If DAILY, Time (s) to be given: _____

If AS NEEDED (prn), Frequency: Every 4 to 6 hrs. Every 6 to 8 hrs. Other _____

FOR INHALER or EPINEPHRINE AUTO-INJECTORS ONLY

Self- Carry - Student demonstrates competence. • (NOT recommended in elementary school)

Stored in the Health Office

Other instructions or precautions-possible reactions: _____

Physician Signature: _____ Date: _____

Print Physician Name: _____ Phone: _____

Address: _____ Fax Number: _____

City: _____ Zip: _____

Petición de PADRE- COMPLETE ESTAFORMA

Para asistencia con Medicamentos en la Escuela

Responsabilidad Del Padre O Tutor

1. Se recomendará que los padres/tutores cooperen con el médico buscando un horario para que la administración de medicamento en la escuela sea mínima o se elimine.
2. Los padres/tutores serán los responsables de surtir y transportar la medicina a la escuela.
3. Los padres/tutores pueden administrar el medicamento a su hijo en el horario acordado con la escuela. A los estudiantes se les prohíbe llevar en su persona medicina recetada o comprada cuando están en la escuela.
4. Los padres/tutores pueden recoger medicamentos sobrantes en la oficina de la escuela a cualquier hora y a fin de año. La medicina que no se recoja se tirará.
5. Cada medicamento debe estar en su propio envase de farmacia prescrito para el estudiante por un proveedor de cuidado de salud licenciado de California.
6. Cada medicamento de venta libre debe estar en su envase original cerrado y recetado para el estudiante por un proveedor de cuidado de salud licenciado en California.

El padre o tutor debe completar esta forma antes de que cualquier medicamento (recetado o de venta libre) se suministre o provea en la escuela. Esta forma debe ser renovada al comienzo de cada año escolar o con cualquier cambio de medicamento.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Petición de Padre para recibir asistencia con Medicamento

Yo entiendo que las regulaciones del distrito escolar requieren que los medicamentos para estudiantes se mantengan en un lugar seguro, bajo la dirección de un empleado adulto del distrito escolar, y no se lleva en la persona del estudiante (con la excepción de inhaladores y epinefrina auto-inyectable acompañado por instrucciones médicas adecuadas).

Todas las declaraciones escritas médicas serán automáticamente descontinuadas al final del año escolar-escuela de verano. Se requieren nuevas órdenes cada año escolar.

A. Para MEDICAMENTOS QUE SE MANTIENEN EN LA OFICINA ESCOLAR DE SALUD solamente: Por la presente solicito que el personal de la escuela de mi hijo asista en la administración de medicamentos de mi hijo durante las horas de clase como se indica en las instrucciones del médico. También doy permiso para contactar al médico para consultar e intercambiar información, según sea necesario.

Firma de padre o guardián: _____ Fecha: _____ Numero Telefónico: _____

B. Para INHALADORES / EPINEFRINA AUTO-INYECTABLE CARGADO POR PERSONA solamente: Por la presente solicito que mi estudiante cargue y se auto-administre su inhalador o auto-inyector. Entiendo que si mi estudiante no sigue las reglas y responsabilidades de llevar su medicación, él / ella perderá el privilegio de llevar tal medicamento*. También doy permiso para contactar al médico para consultar e intercambiar información, según sea necesario.

Firma de Padre o guardián: _____ Fecha: _____ Numero Telefónico: _____

Contrato Estudiantil – Inhaladores Solamente

Me comprometo a mantener mi medicina en un lugar seguro, como en mi persona, en todo momento. Estoy de acuerdo en que NUNCA compartiré mi medicamento con otro estudiante. Si estoy usando mi inhalador más de una vez al día o si no me siento mejor después de usar el inhalador, iré a la oficina de salud.

Firma de Estudiante: _____ Nombre Escrito: _____ Fecha: _____

POR FAVOR COMPLETE LOS DOS LADOS