



**AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE
 MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA
 (PRESCRIPCIÓN O SOBRE EL CONTADOR)**

Nombre de estudiante	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela	Fecha
----------------------	---------------------	-------	---------	-------

El Código de Educación de California 49423 provee que cualquier alumno que esté obligado a tomar, durante el día escolar regular, los medicamentos prescritos por un médico, puede ser asistido por la enfermera de la escuela u otro personal designado si el distrito escolar recibe (1) un Declaración escrita de tal médico que detalla el método, la cantidad y los horarios por los cuales se debe tomar dicho medicamento y (2) una declaración escrita del padre / guardián del alumno indicando el deseo de que el distrito escolar asista al alumno en el asunto Establecido en la declaración del médico. * Código de Educación de California 49423 (c) Un alumno puede ser sujeto a acción disciplinaria de acuerdo con la Sección 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina autoinyectable de una manera diferente a la prescrita.

Todos los pedidos de medicamentos se descontinuarán automáticamente al final del año escolar, o al final de la escuela de verano, si es necesario.
Se requieren nuevos pedidos cada año escolar.

**** USO PARA PROVEEDOR DE SALUD AUTORIZADO ****

PARA SER COMPLETADO POR UN PROVEEDOR AUTORIZADO DE CUIDADO DE SALUD (Medicos licenciados de California, cirujanos, dentistas, optometristas, podólogos, enfermeras practicantes, enfermeras parteras, y asistentes médicos - Código de Regulaciones de California, Título 5, sección 601 [a])

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

Route: Oral Inhale Nasal Topical Intramuscular Subcutaneous 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 EPHINERPHRINE AUTO-INJECTORS ONLY.

- Self-Carry – Student demonstrates competence. MUST COMPLETE PAGE 2
- Stored in the Health Office

Others instructions or precautions-possible reactions:

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

Route: Oral Inhale Nasal Topical Intramuscular Subcutaneous 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 EPHINERPHRINE AUTO-INJECTORS ONLY.

- Self-Carry – Student demonstrates competence. MUST COMPLETE PAGE 2
- Stored in the Health Office

Others instructions or precautions-possible reactions:

Health Care Provider Signature: _____
 Health Care Provider Name (Print): _____
 Address: _____
 City & Zip: _____

Provider License #: _____
 Date: _____
 Phone: _____
 Fax: _____

Solicitud de Padres - EL PADRE COMPLETA ESTA PÁGINA

Para asistencia con medicamentos en la escuela

Responsabilidad del padre o tutor

1. Se alentará a los padres / tutores a cooperar con el médico para desarrollar un horario de manera que se minimice o se elimine la necesidad de tomar medicamentos en la escuela.
2. Los padres / guardianes asumirán la responsabilidad completa del suministro y transporte de todos los medicamentos.
3. Los padres / guardianes pueden administrar la medicación a su estudiante sobre una base programada arreglada con la escuela. A los estudiantes no se les permite llevar medicamentos recetados o de venta libre en la escuela.
4. Los padres / tutores DEBEN recoger medicamentos no utilizados de la oficina de la escuela durante y al cierre del año escolar. Los medicamentos que queden después del último día serán descartados.
5. Cada medicamento debe estar en un envase de farmacia separado prescrito para el estudiante por un proveedor de cuidado médico con licencia de California.
6. Cada medicamento de venta libre debe estar en su envase sellado original y ser recetado para el estudiante por un proveedor de cuidado médico con licencia de California.

El padre o guardián debe completar esta página antes de que se pueda dar o tomar cualquier medicación (con receta o sin receta médica) en la escuela. Este formulario debe ser renovado al principio de cada año escolar o con cualquier cambio en la medicación.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Por favor imprima)

Solicitud de Asistencia Escolar con Medicamentos

Entiendo que las regulaciones del distrito escolar requieren que la medicación del estudiante se mantenga en un lugar seguro, bajo la dirección de un empleado adulto del distrito escolar, y no se lleve a la persona de un estudiante (con la excepción de los inhaladores y los autoinyectores de epinefrina acompañados Por las instrucciones apropiadas del médico). Todos los pedidos de medicamentos se descontinuarán automáticamente al final del año escolar-escuela de verano. Se requieren nuevos pedidos cada año escolar.

A. Para MEDICAMENTOS GUARDADOS EN LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR solamente: Por la presente, solicito que el personal de la escuela de mi estudiante le ayude a darle medicamentos a mi estudiante durante las horas escolares, como se indica en las instrucciones del médico. También doy permiso para contactar al médico para la consulta e intercambio de información según sea necesario.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

B. Para INHALADORES / EPINEFINOS AUTO-INYECTORES AUTOPORTANTE solamente: Por este medio solicito que mi estudiante lleve y administre su inhalador o autoinyector. Entiendo que si mi estudiante no sigue las reglas y las responsabilidades de llevar su medicación, perderá el privilegio de llevar tal medicamento *. También doy permiso para contactar al médico para la consulta e intercambio de información según sea necesario.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre / Guardián (Imprimir): _____ Fecha: _____

Contrato de estudiante - Inhaladores y inyectores automáticos de epinefrina solamente

Estoy de acuerdo en guardar mi medicamento 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 mi inhalador, vendré a la oficina de salud. Si necesito usar mi autoinyector de epinefrina, notificaré inmediatamente al personal de la escuela para que los servicios de emergencia puedan ser contactados.

Student Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____