

<b>Escuela Secundaria</b> <b>Número de Fax:</b> CVMS: (858) 350-6416 DNO: (760) 943-3579 EWMS: (858) 755-0891 OCMS: (760) 943-3561	SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT – SERVICIOS DE SALUD 710 Encinitas, CA 92024 • FAX DEL DISTRITO (760) 735-6491 <b>AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO EN LA ESCUELA</b> <i>AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION AT SCHOOL</i> <b>Para el año escolar: _____</b> <b>(CON PRESCRIPCIÓN O SIN PRESCRIPCIÓN)</b>	<b>Escuela Preparatoria</b> <b>Número de Fax:</b> CCA: (760) 943-3616 LCC: (760) 943-3539 SDA: (760) 943-3555 TPHS: (760) 943-3613 SS/COAST: (760) 753-8469
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**El código de educación California Education Code 49423** establece que cualquier alumno que deba tomar, durante el día escolar regular, un medicamento recetado por un médico para él / ella, puede ser asistido por la enfermera de la escuela u otro personal designado si el distrito escolar recibe (1) una declaración escrita de dicho médico detallando el método, la cantidad y los horarios en los dicho medicamento deba administrarse y (2) una declaración escrita del padre / tutor legal del alumno indicando el deseo de que el distrito escolar asista al alumno con lo establecido en la declaración del médico.

\* Código de educación California Education Code 49423 (c) Un alumno puede estar sujeto a una acción disciplinaria de conformidad con la Sección 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina auto inyectable de una manera diferente a la prescrita.

**Todas las solicitudes de medicamentos se suspenderán automáticamente al final del año escolar o al final de la escuela de verano, si es necesario. Cada año escolar se requiere una nueva solicitud.**

**\*\*SECCIÓN SOLAMENTE PARA EL USO DEL PROVEEDOR DE SALUD AUTORIZADO\*\***

*TO BE COMPLETED BY AN AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER (California licensed physicians, surgeons, dentists, optometrists, podiatrists, nurse practitioners, nurse midwives, and physician assistants*  
*- California Code of Regulations, Title 5, section 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 EPINEPHRINE 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 EPINEPHRINE AUTO-INJECTORS ONLY:**

Self-Carry – Student demonstrates competence. **MUST COMPLETE PAGE 2**

Stored in the Health Office

Others instructions or precautions-possible reactions: \_\_\_\_\_

<b>Health Care Provider Signature:</b> _____	<b>Provider License #:</b> _____
<b>Health Care Provider Name (Print):</b> _____	<b>Date:</b> _____
<b>Address:</b> _____	<b>Phone:</b> _____
<b>City &amp; Zip:</b> _____	<b>Fax:</b> _____

## Solicitud del Padre – EL PADRE COMPLETA ESTA PÁGINA

Para asistencia con medicamento en la escuela

### Responsabilidad del padre o tutor legal:

1. Se alentará a los padres / tutor legal a cooperar con el médico para desarrollar un horario de monera que se minimice o elimine la necesidad de tomar medicamentos en la escuela.
2. Los padres / tutor legal asumirán la responsabilidad total por el suministro y transporte de todos los medicamentos.
3. Los padres / tutor legal pueden administrar medicamentos a su hijo(a) en un horario acordado con la escuela. No se permite que los estudiantes lleven medicamentos recetados o sin receta en el plantel escolar.
4. Los padres / tutor legal **DEBEN** de recoger los medicamentos no utilizados en la oficina de la escuela durante y a fin del año escolar. Se descartarán los medicamentos que queden después del último día de clases.
5. Cada medicamento recetado para el estudiante por un proveedor de atención médica con licencia de California debe estar en un recipiente de farmacia por separado.
6. Cada medicamento de venta sin receta debe estar en su envase original sellado y recetado para el estudiante por un proveedor de atención médica con licencia de California.

El padre o tutor legal debe completar esta página antes de que se pueda administrar o tomar cualquier medicamento (con receta o sin receta) en la escuela. Este formulario debe renovarse al comienzo de cada año escolar o con cualquier cambio de medicamento.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
(Favor de imprimir) Fecha de nacimiento

### Solicitud del Padre para asistencia con medicamento en la escuela

Entiendo que las regulaciones del distrito escolar requieren que los medicamentos de los estudiantes se mantengan en un lugar seguro, bajo la dirección de un empleado adulto del distrito escolar, y que no los lleve consigo el estudiante (con la excepción de inhaladores y auto-inyectores de epinefrina acompañados de las instrucciones apropiadas del médico). Todas las solicitudes de medicamentos se suspenderán automáticamente al fin del año escolar o la escuela de verano. Se requieren nuevas solicitudes cada año escolar.

**A. Solo para MEDICAMENTOS ALMACENADOS EN LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA:** Por la presente solicito que el personal de la escuela de mi hijo(a) ayude a darle medicamentos a mi hijo(a) durante el horario escolar como se indica en las instrucciones del médico. También doy permiso para contactar al médico para consultas e intercambio de información según sea necesario.

Firma del Padre / Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre del Padre / Tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**B. Solamente para INHALADORES / AUTO-INYECTORES DE EPINEFRINA PARA LLEVAR CONSIGO:** Por la presente solicito que mi hijo(a) lleve consigo y se auto-administre su inhalador o auto-inyector. Entiendo que, si mi hijo(a) no sigue las reglas y responsabilidades de llevar su medicamento, perderá el privilegio de llevar dicho medicamento\*. También doy permiso para contactar al médico para consultas e intercambio de información según sea necesario.

Firma del Padre / Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre del Padre / Tutor legal : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Contrato para estudiantes: únicamente para inhaladores y auto-inyectores de epinefrina

Estoy de acuerdo en mantener mi medicamento en un lugar seguro y protegido, como en mi persona, en todo momento. Estoy de acuerdo en que NUNCA compartiré mi medicamento con otro estudiante. Si uso mi inhalador más de una vez al día o si no me siento mejor después de usar mi inhalador, iré a la enfermería. Si necesito usar mi auto inyector de epinefrina, notificaré al personal de la escuela de inmediato para que puedan comunicarse con los servicios de emergencia.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima el nombre del estudiante: \_\_\_\_\_