

## Autorización para administrar medicinas

**Medicinas para alumnos** - Referencia legal: Código de Educación Sección 49423 .. "cualquier estudiante que requiera tomar, durante el horario escolar regular, la medicación prescrita para él / ella por un médico, puede ser asistido por la enfermera de la escuela u otra persona de la escuela designada, si la escuela distrito recibió (1) una declaración escrita de un médico tal que detalla el nombre del padre o tutor del alumno indicando el deseo de que el distrito escolar ayude al alumno en la materia establecido en la declaración del médico." Ningún otro medicamento debe ser administrado por el personal escolar. Esto incluye todos los medicamentos disponibles sin **receta**. **La medicación será entregada en su envase original etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del médico que prescribe, nombre del medicamento y la instrucción. Las medicinas que se comprenden sin receta, deben estar en su envase original y deben ser autorizados por el padre y el médico. Este formulario debe ser completado por tanto con receta como sin receta de medicamentos. Es responsabilidad de los padres, actualizar esta forma según sea necesaria.**

Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padres \_\_\_\_\_ Teléfono (s) \_\_\_\_\_

PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

1.	Medicamento (s)	Dosis	Frecuencia / Indicación	posible Efectos secundarios
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

2. Información adicional y / o precauciones con respecto a los medicamentos o la condición de estudiante. Por favor, incluya indicaciones para "según sea necesario" de los Medicamentos:

\_\_\_\_\_

3. PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD: Soy un médico con licencia activamente por el Estado de California. Se adjunta una prescripción para la medicación / tratamiento especificado anteriormente.

FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

4. Soy el padre / tutor del estudiante de arriba y tengo la custodia legal de dicho niño. Por la presente doy consentimiento al personal apropiado del distrito para administrar o ayudar en la administración de medicamentos (s) y / o el tratamiento según lo especificado por su / su proveedor de atención médica. Por otra parte, la presente doy consentimiento a la enfermera de la escuela para recibir de, o enviar a, el médico cualquier información relativa a los medicamentos de mi hijo o la condición médica.

Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### 5. AUTHORIZACIÓN PARA LLEVAR MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA COMO LOS INHALADORES DE ASMA O EPI-PENS:

Llene esta sección sólo si el estudiante necesita llevar y administrar medicamentos de emergencia como inhaladores de asma, Epi-Pens u otra medicación urgentemente necesaria. El ítem # 1 arriba también debe ser completado listando el (los) medicamento (s), dosis, frecuencia, indicaciones y efectos secundarios.

- A. **Estudiante:** Certifico que he leído y entiendo las instrucciones con respecto a la autoadministración de mi (s) medicamento (s) de emergencia. Estoy de acuerdo en tomar estos medicamentos descritos anteriormente de acuerdo con las instrucciones de mi proveedor de atención médica. Entiendo las consecuencias de usar el medicamento de manera incorrecta o inconsistente o de compartir el medicamento con otras personas. Informaré inmediatamente a la enfermera de la escuela los problemas con la medicación, los suministros o el equipo.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- B. **Padre / Guardián:** Mi hijo ha recibido instrucciones sobre la dosificación y administración apropiadas de la medicación anterior y ha demostrado la capacidad de autoadministrarla. Nosotros / yo (Padre / Guardián) le pedimos que se le autorice a autoadministrarlo según lo indique nuestro Proveedor de Cuidado de la Salud de acuerdo con la política y los procedimientos del Distrito.

Firma del Padre / Guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- C. **Aprobación del Médico:** El estudiante ha sido debidamente entrenado y es capaz de autoadministrar su inhalador de asma o Epi-Pen.

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_