

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO RECETADA Y
MEDICAMENTO SIN RECETA EN LAS ESCUELAS**

UNIFIED SCHOOL DISTRICT

ESCUELA: _____ **FAX# (951)** _____

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela
-----------------------	---------------------	-------	---------

El Código de Educación 49423 autoriza que cualquier alumno que es requerido tomar medicamento prescrito por un médico durante el día escolar regular puede ser asistido por la enfermera escolar u otro personal designado si el distrito escolar recibe (1) una declaración escrita de tal médico que da en detalla el método, cantidad, y horarios por las cuales tal medicamento debe ser tomada y (2) una declaración escrita del padre/guardián del alumno que indica el deseo que el distrito escolar asiste al alumno acerca de este asunto según lo descrito en la declaración del médico.

- Si a su médico le gustaria que su niño/niña llevara un inhalador de asma o medicamento de emergencia (epinefrina autoinyectable, es decir. EpiPen), La Parte III debe ser completado por el doctor, padre y niño.
- El representante paternal o adulto designado por el padre debe traer todos los medicamentos prescritos a la escuela en su contenedor etiquetado con el tratamiento.
- Medicamentos sin receta médica debe ser traído en un contenedor sin abrir.
- Todos los medicamentos serán mantenidos en la Oficina de Salud con la excepción de medicamentos designados en la Parte III, como prescrito por el médico.
- Los padres/ guardianes pueden recoger el medicamento que no fue usado al fin del año escolar. El medicamento que queda después del último día de la escuela se descartara correctamente.

**AUTORIZACION DEL MEDICO
UN MEDICAMENTO POR FORMA**

**I. MEDICAMENTO PRESCRITO QUE DEBERA SER ADMINISTRADA DURANTE LAS HORAS DE LA ESCUELA
(ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO)**

Nombre del Medicamento(s)	La condición de la salud para cuál se ha prescrito el medicamento	
Veces que deben ser tomadas	Dosis	
Vía de la administración	Precaución- posibles reacciones desfavorables	
Fecha para ser descontinuada	Instrucciones especiales de almacenamiento	
Nombre del Medico (letra de molde)	Numero telefónico del Medico ()	Numero de fax ()
Firma del Medico	Fecha	

**II. ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR PADRES/ GUARDIAN.
(PARTES I Y II DEBEN SER COMPLETADAS)**

Doy mi autorización para que mi hijo/ hija reciba el medicamento de encima en la escuela conforme a la política de la junta del distrito y reglamentos administrativos y estoy de acuerdo en liberar, indemnizar y mantener inofensivo a _____ y sus
(Escuela/ Distrito)

miembros de la junta, oficiales, agentes y empleados, de juicios, demandas, acciones o gastos que pueden surgir contra ellos por administrar medicamentos en conformidad con la disposición de la parte I de encima.

- Estoy de acuerdo para permitir la comunicación y el intercambio de información médico pertinente entre los proveedores médicos y enfermeras de la escuela con atención médica de mi hijo/hija.
- Tengo entendido que puedo terminar el consentimiento para dicha administración de medicamentos en cualquier momento, por escrito. _____

Firma de Padres/ Guardián: _____ Relación: _____ Fecha: _____

**NINGUN MEDICAMENTO SE ADMINISTRARA SIN LAS FIRMAS REQUERIDAS.
ESTE FORMULARIO DEBE RENOVARSE EN EL COMIENZO DE CADA AÑO ESCOLAR, O
CUANDO HAY UN CAMBIO EN EL MEDICAMENTO O INSTRUCCIONES.
(Formulario de consentimiento de medicamentos auto administradas están en la página 2)**

AUTORIZACIÓN Y PROTOCOLO DEL MEDICAMENTO AUTO- ADMINISTRADO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

(PAGINA 1 Y 2 DEBERA SER COMPLETADO PARA MEDICAMENTO AUTO-ADMINISTRADO)

ESCUELA: _____ **FAX# (951)** _____

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Grado:	Escuela:
------------------------	----------------------	--------	----------

Para que su hijo/ hija pueda llevar un medicamento auto-administrado de emergencia en su persona, lo siguiente debe ser entendido y acordado por el estudiante y padres:

El estudiante podrá utilizar el medicamento auto-administrado prescrito cuando sea necesario y dirigido por su médico. La firma del doctor indica que el estudiante ha recibido instrucciones sobre el uso adecuado de los medicamentos recetados. El medicamento debe etiquetarse correctamente con el nombre del estudiante. **La autorización para el formulario de medicamentos prescritos tanto como el Protocolo presente** deben ser firmados por el padre/ guardián y colocado en el archivo de la escuela antes de que su hijo/ hija lleve a cabo un medicamento auto-administrado sobre su persona.

Inhalador: NINGUNA OBSERVACION DIRECTA se conducirá por el personal escolar. El estudiante es responsable por el auto-administro de su inhalador. Si el estudiante continua tener dificultad al respirar, el/ ella debería ir a la oficina de salud y los padres serán notificados por el personal apropiado de la escuela.

Epinefrina auto-administrada de emergencia: NINGUNA OBSERVACION DIRECTA se conducirá por el personal escolar. El estudiante es responsable de notificar al personal escolar en el caso que hubiera la necesidad de auto administración del medicamento de emergencia.

- Es la responsabilidad de los padres de notificar inmediatamente a la escuela si cambia el estado de salud del niño/ niña, o cuando ocurra un cambio de médico y medicamentos. Los cambios en el procedimiento deben ser recibidos por escrito por el médico autorizando el tratamiento.
- El distrito no es responsable de cualquier riesgo con el manejo inadecuado de este medicamento, incluyendo: uso excesivo, administración inadecuada, rotura, robo, pérdida, el compartir, jugando con el medicamento o el almacenamiento descuidado del medicamento.
- La reevaluación del Protocolo presente se puede necesitar si el estudiante se encuentra mostrando comportamiento que aumenta los riesgos de seguridad de sí mismo o a los estudiantes en el campus.

III. PERMISO PARA LLEVAR Y AUTO-ADMINISTRAR MEDICAMENTO DE ASMA Y AUTO-INYECTABLE EPINEFRINA (es decir Epi-pen)

PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO: El estudiante mencionado encima ha recibido instrucciones en el uso adecuado de sus medicamentos inhalador/medicamento de emergencias. El bienestar del estudiante está en peligro a menos que este medicamento sea llevado en su persona. Por lo tanto, le pido que se le permite llevar el medicamento inhalador/medicamento de emergencias a la escuela. El/ ella puede auto-administrar el medicamento, comprende el propósito, el método apropiado y la frecuencia del uso del inhalador de asma/medicamento de emergencias.

FIRMA DEL MEDICO: _____ FECHA: _____
 NOMBRE DEL MEDICO EN LETRA DE MOLDE: _____ FECHA: _____

PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES/ GUARDIANES: Le doy permiso a mi hijo/hija para llevar el medicamento de inhalador de asma/medicamento de emergencias mencionadas encima como ordenado por su médico. Yo también específicamente libero de toda responsabilidad el distrito escolar y todo el personal escolar de la responsabilidad civil si mi hijo/ hija sufre una reacción adversa como resultado de la auto-administración de medicamentos durante las horas escolares.

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIAN: _____ FECHA: _____

PARA SER COMPLETADA POR EL ESTUDIANTE: He recibido instrucciones en el uso adecuado de mis medicamentos y lo tomare como fue prescrito para mí por mi médico. Tengo entendido que el uso de mis medicamentos en una manera distinta de como fue prescrito por mi doctor puede resultar en medidas disciplinarias tomadas contra mí por mi Escuela / Distrito.

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

Por favor devuelva las formas completas a la oficina de salud escolar de su niño/ niña firmada por el médico, padre/guardián, y el estudiante. Las formas de medicamento deben ser renovadas al principio de cada año escolar o cada vez que haya un cambio de medicamento o instrucciones.

NINGUN MEDICAMENTO SERÁ PERMITIDO SIN LAS FIRMAS REQUERIDAS.