



# AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Name of Student:	Date of Birth:	Grade:	School:	School Year:
------------------	----------------	--------	---------	--------------

### POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A SU ENFERMERA ESCOLAR

El Código de Educación de California 49423 define ciertos requisitos para la administración de medicamentos "... cualquier alumno que deba tomar, durante el día escolar regular, medicamentos recetados por un médico, puede ser asistido por la enfermera de la escuela de otro personal escolar designado si el distrito escolar recibe (1) una declaración escrita de dicho médico que detalla el método, la cantidad y los horarios de tiempo para tomar el medicamento, y (2) una declaración escrita del padre o tutor del alumno indicando el deseo de que el el distrito escolar ayuda al alumno en el asunto establecido en la declaración del médico ". El personal de la escuela tiene prohibido administrar medicamentos de venta libre o recetados, incluidas aspirinas, vitaminas, antihistamínicos, etc., a menos que el medicamento esté acompañado de un permiso por escrito de los padres / tutores y el médico. El medicamento debe estar claramente etiquetado y enviado a la escuela en un recipiente de la farmacia y se mantendrá en la oficina de la escuela a menos que el médico indique lo contrario.

Todos los pedidos de medicamentos serán descontinuados automáticamente al final del año escolar después de la escuela de verano.

**SE REQUIEREN NUEVOS PEDIDOS CADA AÑO ESCOLAR.**

\*\*\*\*\* **PHYSICIAN USE ONLY** \*\*\*\*\*

1. **MEDICATION:** \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Route:  Oral  Inhalation  Buccal  Topical  Intramuscular  Subcutaneous  GTube  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 or other medications approved by physician only.

Student is allergic to: \_\_\_\_\_  
 Self-Carry (Student demonstrates competence)  Stored in Health office  Locked Classroom Cabinet  Other: \_\_\_\_\_  
 Other instructions or precautions-possible reactions: \_\_\_\_\_

2. **MEDICATION:** \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Route:  Oral  Inhalation  Buccal  Topical  Intramuscular  Subcutaneous  GTube  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 or other medications approved by physician only.

Student is allergic to: \_\_\_\_\_  
 Self-Carry (Student demonstrates competence)  Stored in Health office  Locked Classroom Cabinet  Other: \_\_\_\_\_  
 Other instructions or precautions-possible reactions: \_\_\_\_\_

3. **MEDICATION:** \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Route:  Oral  Inhalation  Buccal  Topical  Intramuscular  Subcutaneous  GTube  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: \_\_\_\_\_

Physician Signature	Physician Name	NPI Number
Address	Phone	Date

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA - Continuar

Name of Student:	Date of Birth:	Grade:	School:	School Year:
------------------	----------------	--------	---------	--------------

\*\*\*\*\* **PADRE/TUTOR COMPLETA ESTA PAGINA** \*\*\*\*\*  
**Parent Request for Assistance with Medication at School**

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

### Responsabilidades del Padre o Tutor

1. Se alentará a los padres / tutores a que cooperen con el médico para desarrollar un horario de modo que se minimice o elimine la necesidad de tomar medicamentos en la escuela.
2. Los padres / tutores asumirán la plena responsabilidad del suministro y transporte de todos los medicamentos.
3. Los padres / tutores pueden administrar medicamentos a sus hijos de forma programada y organizada con la escuela. Los estudiantes no pueden llevar medicamentos recetados o de venta libre en el campus de la escuela.
4. Los padres / tutores pueden recoger los medicamentos no utilizados de la oficina de la escuela o del personal del salón de clases al cierre del año escolar. Los medicamentos restantes después del último día serán descartados.
5. Cada medicamento debe estar en un recipiente de farmacia separado recetado para el estudiante por un proveedor de atención médica con licencia de California.
6. Cada medicamento de venta libre debe estar en su envase original sellado y recetado para el estudiante por un proveedor de atención médica con licencia de California.

### **Solicitud de los padres para asistencia escolar con medicamentos**

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 se lleven con la persona de un estudiante (con la excepción de inhaladores y autoinyectores de epinefrina acompañados por las instrucciones apropiadas del médico). Todos los pedidos de medicamentos serán descontinuados automáticamente al final del año escolar - escuela de verano.

**Se requieren nuevos pedidos cada año escolar.**

A. Para MEDICAMENTOS MANTENIDOS EN LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR / GABINETE BLOQUEADO SOLO EN EL AULA:  
 Por la presente solicito que el personal de la escuela de mi hijo ayude a administrarle medicamentos a mi hijo 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: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

B. Para los INHALADORES / INYECTORES AUTOMÁTICOS DE EPINEFRINA u otros medicamentos aprobados SOLAMENTE por el médico: por la presente solicito que mi estudiante lleve y se autoadministra su inhalador o autoinyector. Entiendo que si mi estudiante no sigue las reglas y responsabilidades de llevar su medicamento, perderá el privilegio de llevarlo. También doy permiso para contactar al médico para consultas e intercambiar información según sea necesario.

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