

## Student Support Services FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA

Se solicita a los apoderados que administren medicinas en casa y en un horario diferente al horario escolar. Cuando sea necesario administrar prescripciones o medicinas regulares no prescritas durante el horario escolar, se requiere tener autorización por escrito de los padres y del médico. Esta autorización se proporciona al completar ambos lados de este Formulario de Consentimiento de Administración de Medicina. Se necesita seguir el siguiente procedimiento:

- 1. Se otorga permiso a la enfermera de la escuela a contactar al médico/dentista si fuera necesario.
- 2. **El apoderado recogerá todas las medicinas** sin usar dentro de cinco días hábiles después de finalizar el año escolar, o se les destruirá debido a regulaciones de seguridad.
- 3. Los apoderados **firmarán** la "autorización del padre/guardián" de abajo, la cual le otorga permiso a personal escolar designado para administrar medicina **regular o prescripción.**
- 4. El médico/dentista completará y firmará la autorización del médico/dentista (al reverso) para medicina <u>regular o prescripción.</u>
- 5. Un adulto **traerá** la medicina regular o prescripción a la escuela en el <u>envase original</u> con la etiqueta apropiada. No se aceptará medicinas en bolsitas de plástico, sobres u otros envases. (Si se solicita, el farmaceuta dividirá el medicamento en dos envases, uno para el uso de la escuela y el otro para el uso en la casa).
- 6. Las instrucciones en el formulario de autorización del médico/dentista deben ser iguales a las instrucciones en la etiqueta del envase. Los padres pueden terminar el acuerdo de consentimiento de administración de la medicina solamente mediante una nota por escrito
- 7. El personal de la escuela no aceptará medicina que la traiga un alumno. El apoderado o un adulto designado traerá la medicina a la escuela.
- 8. Cada vez que haya un cambio en la potencia, dosis u horario del medicamento, se completará un nuevo formulario de consentimiento.
- 9. Para las medicinas que se toman a largo plazo, el formulario de consentimiento lo **DEBE** completar el médico y los padres <u>cada nuevo año escolar.</u>
- 10. Un alumno puede llevar consigo y administrarse a sí mismo el medicamento <u>sólo</u> cuando el médico/dentista marca con sus iniciales la sección apropiada del formulario de consentimiento. Este privilegio se puede cancelar si se sabe que el alumno hace mal uso del medicamento y puede así ser un peligro a sí mismo y a los demás.
- 11. Los alumnos que asisten a la escuela de verano están cubiertos por formularios completados durante el año escolar actual. El apoderado es responsable de proporcionar la medicina y una **copia** del formulario de autorización como parte de la matrícula en la escuela de verano.

<del></del>	'		
 АUТ	 ΓORIZACIÓN DEL PADRE/(	 GUARDIÁN	
Soy el padre/guardián de			_
	(Nombre del Alu	mno)	
Solicito al Distrito Educacional Coste medicina como se declara en la auto		ECUSL) que asista a mi hijo/a a tomar s (reverso de este documento).	3u
Acuerdo indemnizar y considerar ino daño, enfermedad, o muerte que puo medicamento de acuerdo a las direc	diera ocurrir como resultado o	tes, funcionarios y empleados, de cualo de asistir con la administración del	∤uier
Teléfono del padre/madre			
Nombre en letra imprenta	 Firma	 Fecha	

<sup>\*</sup>Administración de Medicinas Prescitas a alumnos (Código de Educación) E.E.49423... cualquier alumno que requiere tomar, durante las horas de clases regulares, medicinas prescritas por su médico, puede ser ayudado por la enfermera escolar u otra persona designada si el distrito escolar recibe (1) una declaración por escrito del médico detallando el método, cantidad, y hora del día en la cual esa medicina será administrada y (2) una declaración por escrito del padre/guardián del alumno indicando el deseo de que el distrito escolar asista al alumno en la declaración escrita por el médico.



## Student Support Services HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION

Name of child (print):		Birth Date:			
Name of medication (one medicati	on per form):		_		
Reason for medication (diagnosis)	:		_		
strength (mg, etc.): Dosage (amount):					
Time of day or frequency to be give	en at school:				
For "as needed" (prn) medications	, describe indicati	ons (symptoms	s) when to be used:		
Method of administration (oral, top	ical, eye drops, et	•	ns:		
Possible side effects of medication					
SELF-MEDICATION					
Student may carry and administer initialed by the <a href="mailto:physician/dentist">physician/dentist</a> :	his own medication	on <b>ONLY</b> if ALL	the items below are		
Medication is needed by studinitials) (i.e. diabetes, asthma, anap		0 ,	condition		
It appears that the student in the initials assume responsibility.	is physically, ment	ally, and behav	viorally capable to		
Student has successfully de (initials) provider.					
Additional Comments/Directions					
Health Care Provider (Print)	Health Care	Health Care Provider Signature Date			
License #:					
Address	Telephon	Telephone Number Fax Number			
School Site: MBHS	l I	School Year: 2022-2023 School Fax: 805-772-5944			