

Núm. de identificación estudiantil _____

Núm. telef. de la escuela _____

Núm. de fax de la escuela _____

INSTRUCCIONES DEL MÉDICO

Para MEDICAMENTO CON AYUDA DE LA ESCUELA

A. Este formulario debe llenarse antes de que cualquier medicamento (*recetado o sin receta*) pueda darse, o tomarse, en la escuela.
Se requieren las firmas del médico y padre/tutor legal. Este formulario debe renovarse anualmente o con cualquier cambio en el medicamento.

Nombre del alumno: _____ fecha de nacimiento: _____

SOLO PARA USO DEL MÉDICO

1. MEDICATION: _____ Dose: _____ Reason/Diagnosis: _____

Route: ☐ Oral ☐ Nasal ☐ Topical
☐ Inhale ☐ Injection ☐ Other _____ Med Start Date: _____ Stop Date: _____

☐ If DAILY ~ Time(s) to be given: _____

☐ If AS NEEDED (prn) ~ Frequency: ☐ Every 3 to 4 hrs., ☐ Every 4 to 6 hrs., ☐ Other : _____

☐ *Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence. (Reunirse con la enfermera de la escuela)

Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): _____

2. MEDICATION: _____ Dose: _____ Reason/Diagnosis: _____

Route: ☐ Oral ☐ Nasal ☐ Topical
☐ Inhale ☐ Injection ☐ Other _____ Med Start Date: _____ Stop Date: _____

☐ If DAILY ~ Time(s) to be given: _____

☐ If AS NEEDED (prn) ~ Frequency: ☐ Every 3 to 4 hrs., ☐ Every 4 to 6 hrs., ☐ Other : _____

☐ *Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence. (Reunirse con la enfermera de la escuela)

Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): _____

Physician Signature: _____ Date: _____

Physician Name: _____

Address: _____ Phone: _____

City: _____ Zip: _____

Todas las órdenes de medicamento serán descontinuadas automáticamente al final del año escolar. Se requieren nuevas órdenes cada año escolar.

El Artículo 49423 del Código de Educación de California estipula que a cualquier alumno que se le requiere tomar, durante el día escolar regular, medicamento recetado por un médico, el enfermero escolar u otro personal escolar designado puede ayudar al alumno si el distrito escolar recibe (1) una declaración por escrito de dicho médico detallando el método, la cantidad y horario por los cuales se debe tomar este medicamento y (2) una declaración por escrito del padre o tutor legal del alumno indicando su deseo que el distrito escolar ayude al alumno con los asuntos fijados en la declaración del médico.

* Artículo 49423 (c) del Código de Educación de California Un alumno puede estar sujeto a medidas disciplinarias según el Artículo 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina autoinyectable de una manera no recetada.

Solicitud del padre

Para ayuda con medicamento en la escuela

B. El padre o tutor legal deben llenar esta hoja antes de que cualquier medicamento (*recetada o sin receta*) pueda darse, o tomarse, en la escuela. **Se requiere la firma del padre o tutor legal. Este formulario debe renovarse cada año escolar o con cualquier cambio en el medicamento.**

Nombre del alumno: _____ fecha de nacimiento: _____

Solicitud del padre para ayuda con el medicamento en la escuela

Entiendo que las regulaciones del distrito escolar requieren que el medicamento del alumno se mantenga en un lugar seguro, bajo la dirección de un empleado adulto del distrito escolar, y no llevado en la persona de un alumno (salvo los inhaladores para asma y autoinyecciones de epinefrina acompañados con las apropiadas instrucciones del médico).

A. Por el presente solicito que el personal de la escuela de mi hijo ayude en administrar el medicamento a mi hijo durante las horas escolares como está declarado en las instrucciones del médico. También doy permiso para que se comunique con el médico para consulta e intercambio de información como se necesite.

Firma del padre o tutor legal: _____ **fecha:** _____ **número telef.:** _____

B. Solamente para solicitudes de INHALADORES PARA ASMA/AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA QUE SE LLEVAN CONSIGO: Por el presente solicito que mi hijo lleve consigo y se administre él mismo su inhalador para asma o autoinyector. Entiendo que si mi hijo no sigue las reglas y responsabilidades de llevar consigo su medicamento, él perderá el privilegio de llevar consigo dicho medicamento*. También doy permiso para que se comunique con el médico para consulta e intercambio de información como se necesite. Entiendo que todos los estudiantes de primaria y los padres deben reunirse con la enfermera de la escuela.

Firma del padre o tutor legal: _____ **fecha:** _____ **número telef:** _____

Contrato del alumno – solamente para inhaladores para asma

Acuerdo mantener mi medicamento en un lugar seguro, como en mi persona, en todo momento. Acuerdo a NUNCA compartir mi medicamento con ningún otro alumno. Si estoy usando mi inhalador más de una vez al día, o varias veces a la semana, hablaré con el enfermero escolar.

Firma del alumno: _____ **fecha:** _____

Firma del padre: _____ **fecha:** _____

Todas las órdenes de medicamento serán descontinuadas automáticamente al final del año escolar. Se requieren nuevas órdenes cada año escolar.

*El Artículo 49423 (c) del Código de Educación de California Un alumno puede estar sujeto a medidas disciplinarias según el Artículo 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina autoinyectable de una manera no recetada.