

Teléfono Escolar: _____

Fax Escolar: _____

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO

Para MEDICINAS ADMINISTRADAS POR EL PERSONAL ESCOLAR

- A. Esta hoja de información debe de llenarse antes de tomar o administrar cualquier medicamento (con o sin receta médica) dentro del plantel escolar. Las firmas tanto del padre/tutor como del médico que recetó el medicamento son un requisito. Esta hoja debe renovarse cada año o cada vez que haya un cambio de medicina.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SOLO PARA EL USO DEL MÉDICO

1. MEDICAMENTO: _____ DOSIS: _____ Razón/Diagnosis: _____

Vía de Administración: Oral Nasal Cutánea
 Inhalador Inyectable
 Otra: _____

Fecha de comienzo: _____ Fecha de suspensión: _____

A DIARIO – Horas de administración: _____

Si es necesario-frecuencia Cada 3-4 horas Cada 4-6 horas Otra: _____

Administración por el paciente – ÚNICAMENTE para pacientes con asma y pacientes con recetas inyectables de epinefrina. El estudiante debe de mostrar capacidad para poder administrarse el medicamento.. *(No recomendable para niños de primaria)

Si hay necesidad de otras instrucciones por ejemplo: señales (síntomas que identifiquen la necesidad de administrar el medicamento, necesidades especiales de almacenamiento reacciones

adversas) favor de explicarlas: _____

1. MEDICINA: _____ DOSIS: _____ Razón/Diagnosis: _____

Vía de Administración: Oral Nasal Cutánea
 Inhalador Inyectable
 Otra: _____

Fecha de comienzo: _____ Fecha de suspensión: _____

A DIARIO – Horas de administración: _____

Cada que sea necesario-frecuencia Cada 3-4 horas Cada 4-6 horas Otra: _____

Administración por el paciente – ÚNICAMENTE para pacientes con asma y pacientes con recetas inyectables de epinefrina. El estudiante debe mostrar capacidad para poder administrarse el medicamento.. *(No recomendable para niños de primaria)

Si hay necesidad de otras instrucciones (como son: avisos/síntomas que identifiquen la necesidad de administrar el medicamento, refrigeración, reacciones adversas) favor de explicarlas: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre del Médico: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Todas las autorizaciones de medicación automáticamente serán descontinuadas automáticamente al final del año escolar. Autorizaciones nuevas para el uso de medicamentos serán necesarias cada año escolar.

La sección 49423 del Código de Educación de California establece que cualquier estudiante que necesite tomar medicina recetada por un médico durante horas escolares, podrá hacerlo bajo la asistencia de la enfermera escolar u otro personal educativo designado, siempre que el distrito reciba (1) declaración por escrito del médico detallando el método, cantidad y horario de dicha medicina; y (2) declaración por escrito del padre/tutor del estudiante indicando su deseo de que el distrito escolar asista al estudiante en la administración del medicamento bajo la dirección médica.

*La sección 49423© del Código de Educación de California deja establecido que un estudiante puede ser objeto de acción disciplinaria bajo la Sección 48900 si el estudiante usa un medicamento inhalador para el asma o epinefrina autoinyectable de manera no indicada por la prescripción médica.

Petición de Padre/Madre/Tutor
Para MEDICINAS ADMINISTRADAS POR EL PERSONAL ESCOLAR

- B. El/La padre/madre o tutor debe llenar esta hoja antes de que un estudiante injiera o use cualquier medicina (con o sin receta médica) dentro del plantel escolar. **La firma del padre o tutor es necesaria. Esta hoja debe ser renovada cada año escolar o cuando el medicamento haya cambiado.**

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Petición del Padre/Madre/Tutor Para la Administración de Medicinas por el Personal Escolar

Entiendo que los reglamentos del distrito escolar exigen que las medicinas para estudiantes se mantengan en un lugar seguro, bajo el cuidado de un empleado adulto del plantel escolar y no con el estudiante (exceptuando inhaladores para el asma o Epinefrina autoinyectable, siempre que dichos medicamentos sean acompañados por las indicaciones médicas).

- A. Por medio de la presente petición pido que el personal de la escuela de mi hijo/a administre el medicamento a mi hijo/a durante horas escolares como indican las instrucciones del médico. De igual manera autorizo que el médico sea contactado para consultar e intercambiar información cuando sea necesario.**

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

- B. Únicamente para la administración de INHALADOR PARA EL ASMA O EPINEFRINA AUTOINYECTABLE:** Por medio de la presente petición solicito que mi hijo/a esté en posesión de la medicina recetada en forma de inhalador para el tratamiento del asma o Epinefrina autoinyectable. Entiendo que si mi hijo/a no sigue las reglas y responsabilidades asociadas con el medicamento en su posesión, él/ella perderá el privilegio de traer consigo dicho medicamento. *También doy mi permiso para que el médico sea contactado para consultar o intercambiar información cuando sea necesario.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Contrato del Estudiante – Únicamente para Medicamento en Forma de Inhalador para el Asma

Yo estoy de acuerdo en mantener el medicamento en un lugar seguro conmigo en todo momento. Estoy de acuerdo en que NUNCA compartiré mi medicamento con otro estudiante. Si debo usar mi inhalador más de dos veces al día, se lo comunicaré a la enfermera escolar.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

*Toda instrucción sobre el uso de medicamento durante horas escolares será **descontinuado** al finalizar del año escolar. Instrucciones nuevas sobre el uso de medicamentos serán necesarias cada año escolar.*

*El Código de Educación del Estado de California, Sección 49423(c) deja establecido que un estudiante puede ser sujeto a acción disciplinaria bajo la Sección 48900 si el estudiante usa de manera no indicada en la receta médica un inhalador para el asma o medicamento autoinyectable de Epinefrina.