



Office of School Support Services
STUDENT HEALTH SERVICES

MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA – PETICIÓN DE LOS PADRES
(Se necesita una forma separada por cada medicamento)

Estimados Padres/Tutores,

El tratamiento médico es la responsabilidad de los padres y del médico familiar. Los medicamentos raramente se dan en la escuela; las únicas excepciones son cuando hay problemas especiales o serios en los cuales es absolutamente necesario que el médico familiar lo recomiende. Se le solicita a los padres que, con la ayuda del médico familiar, se haga un horario para administrar el medicamento en casa, fuera del horario escolar, si es posible.

La ley permite que el personal de la escuela asista en el cumplimiento de las recomendaciones del médico, por lo tanto, en la ausencia de la enfermera escolar, el director, maestro(a), secretaria u oficinista puede administrar el medicamento. Si el medicamento debe ser administrado en la escuela, usted **debe** proporcionar a la escuela **todo** siguiente:

1. Una nota escrita por el médico especificando claramente la condición por la cual se debe administrar el medicamento, la dosis, la hora, e instrucciones específicas para tratamiento en caso de una reacción alérgica. Si un practicante de enfermería (NP) o un asistente médico (PA) escribe la receta, entonces **deben** incluir su número de suministro de California y el nombre de su médico supervisor.
2. Los padres/tutores deben firmar una petición para que el medicamento sea administrado en la escuela.
3. Los medicamentos deben ser entregados a la escuela por el padre/tutor u otro adulto responsable.
4. Los medicamentos deben estar en su envase farmacéutico original, especificando claramente toda la información (nombre del medicamento, dosis, como administrarla y la hora). Se sugiere que usted solicite dos envases a su farmacéutico – uno para la casa y otro para la escuela.
5. La forma original de un FAX **debe** ser enviada a la escuela dentro de los próximos 5 días.

Por favor hable con su hijo(a) sobre las instrucciones del médico para que el/ella este al tanto de la hora en que debe tomar el medicamento. En caso de un alumno incapacitado que requiere medicamentos durante las horas escolares para poder participar efectivamente del programa educativo, el personal del distrito se asegurará de que el medicamento se administre de un modo constante. Por favor haga arreglos con la escuela para recoger el medicamento sobrante antes del último día de clases. Todos los medicamentos que queden en la escuela a fin de año serán desechados.

ESTA PETICIÓN ES VÁLIDA POR ESTE AÑO ESCOLAR SOLAMENTE. SE REQUIERE UNA FORMA DE PETICIÓN NUEVA CADA VEZ QUE HAYA UN CAMBIO EN MEDICAMENTO (nombre, dosis, hora, etc.).

.....

Acuerdo de los Padres/Tutores:

Yo, el padre/tutor de _____, Fecha de Nacimiento _____ pido que se le administre medicamento a mi hijo(a) de acuerdo con las instrucciones escritas del médico al reverso de esta forma. Entiendo que si la enfermera escolar no está disponible, otro personal de la escuela podrá administrar el medicamento. Yo le notificaré a la escuela de inmediato si cambio de médico, o cuando el medicamento cambie de algún modo (por ejemplo: dosis, método de administración, hora, etc.) También autorizo, cuando sea necesario, que la enfermera escolar y el médico indicado al reverso, compartan información relacionada con la salud de mi hijo(a).

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono Celular _____

(EL MÉDICO DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO AL REVERSO)

MEDICATION AT SCHOOL – PHYSICIAN’S REQUEST
(A separate form is needed for each medication)

Student’s Name _____ Birthdate _____

DIAGNOSIS for which medication is to be given: (If for an allergy, please specify what type - localized, generalized, mild, severe, etc).

PLEASE PRINT:

Name of medication _____

Dose _____

Specific time (e.g. 10 am, noon, etc) _____

(For PRN medications, please indicate why medication should be given (e.g. for wheeze, headache, etc.)

Reactions that need to be reported to the physician _____

Medication to be continued as above until this date: _____

PHYSICIAN’S AGREEMENT: This medication cannot be scheduled for other than during school hours, and I understand that the medication may be administered by non-medically trained school personnel whenever necessary.

_____ Date: _____

Signature of licensed physician (*NP must have physician’s co-signature or name stamp of physician. NP must have license number.*)

_____ Phone: _____

Please **PRINT** name of licensed physician and surgeon)

Address/facility stamp (**medication will not be accepted without stamp**)

Nurse practitioner (NP) or physician’s assistant (PA) must complete:

Printed NP/PA name _____ CA furnishing number _____

Signature of NP/PA _____ Date _____

Name of supervising physician _____

***** (For school use only)

Principal’s Signature _____ Date _____

School Nurse’s Signature _____ Date _____

(PARENT/GUARDIAN MUST SIGN ON THE OTHER SIDE)