



Distrito Escolar de Hawthorne

Excelencia Educativa

Estimados Padres/Tutores:

Al pie de esta página se encuentra una copia de la ley estatal de California (Código de Educación 49423). Se adjunta una autorización para la medicina. Cualquier niño que deba tomar o se le deba aplicar cualquier medicina en la escuela, debe llenar este formulario por **el médico/proveedor de servicio médico que hizo la receta y la firma del padre, madre o tutor.**

Toda medicina, recetada o no recetada, **debe estar en su envase original, apropiadamente etiquetado.**

Si su hijo va a necesitar tomar una medicina en la escuela, por favor, complete el formulario adjunto tan pronto como le sea posible y regréselo a la escuela.

Para la seguridad de todos los niños, no se permitirá ninguna medicina sin la supervisión de un oficial escolar

Por favor note no se dará la medicina sin el permiso escrito apropiado. Cada formulario completo corresponde a este año escolar solamente.

Muchas gracias por su cooperación.

Rudy Salas
Directora de Servicios Personales del Alumno

La ley estatal (Código de Educación 49423) especifica que cada alumno que deba tomar medicina durante el día escolar, la cual le haya recetado un médico/proveedor de servicio médica, puede recibir la ayuda de un miembro del personal designado, si el Distrito Escolar recibe lo siguiente:

1. Una **declaración por escrito del médico/proveedor de servicio médico**, la cual indica el método, dosis y horario para tomar la medicina.
2. Una **declaración por escrito del padre, madre o tutor** pidiéndole al personal de la escuela que suministre la medicina.



Distrito Escolar de Hawthorne

Excelencia Educativa

Solicitud de Asistencia con Medicamentos durante el Día Escolar

La ley del Estado de California* requiere que todos los estudiantes que necesitan medicamentos durante las horas escolares sigan las siguientes reglas:

1. Mostrar documento por escrito extendido por el doctor/proveedor de servicio médico del estudiante detallando el método, la cantidad y horario para tomar el medicamento.
2. Mostrar documento por escrito de los padres/tutores del estudiante solicitando que el distrito asista al estudiante para tomar los medicamentos recetados.
3. Traer el medicamento en su botella original, rotulado apropiadamente.

Los estudiantes no pueden llevar consigo medicamentos ni guardarlos en sus armarios sin permiso del doctor [proveedor de servicio médico] y con la aprobación del personal escolar apropiado.

*Código de Educación 49423 Código de Título Administrativo 5.18170.

ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES/TUTORES

Apellido del Estudiante

Nombre

Sexo

Fecha de Nacimiento

Escuela

Solicito que el personal designado por el Distrito Escolar (no necesariamente una enfermera de la escuela) asista a mi hijo en tomar su medicamento de acuerdo con las direcciones proveídas por el doctor/proveedor de servicio médico. Autorizamos al Distrito para que se comunique con el doctor/proveedor de servicio médico anotado abajo sobre la condición médica de mi hijo y/o el medicamento recetado para él/ella.

Fecha

Teléfono

Firma de los Padres/Tutores

TO BE COMPLETED BY A LICENSED HEALTHCARE PROVIDER

Name of Medication

Purpose of Medication

Dosage of Prescription

Time Schedule

Dose form (Tablet, Liquid, etc.)

Date of Prescription

Length of Time To Be Taken

Method of Administration

DESCRIBE PRECAUTIONS, SPECIAL INSTRUCTIONS, POSSIBLE ADVERSE SIDE EFFECTS, OR OTHER COMMENTS (PLEASE INCLUDE STORAGE INSTRUCTIONS)

The above named student for whom medication is prescribed is under my care.

Print or Type Name of Healthcare Provider

Signature of Healthcare Provider

Address

Telephone

Date

ESTE SOLICITUD SE EXPIRA AL FINAL DEL AÑO EN EL CUAL SE SOLICITÓ