

PETICION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

Por favor enviar por fax o regresarlo a la oficina escolar.

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino Femenino
 Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado _____
 Fax de Escuela: _____ Teléfono de Escuela: _____

TO BE COMPLETED BY AUTHORIZED HEALTHCARE PROVIDER

(Make copies if more than one medication is required.)

Medication Name: _____ Strength (mg, ml, mcg): _____
 Dose (3 of tab, puffs, etc.): _____ Method of Administration _____
 Time of Administration: _____
 Start: Immediately _____ Other Date _____ Stop _____ End of Year _____ Other Date/Duration _____
 PRN (prescribed as needed): Symptoms _____
 Reason for Medication: _____
 Restrictions and/or important side effects: _____ None Anticipated _____ Yes, please describe _____

REQUEST FOR SELF-ADMINISTRATION OF INHALER AND EPI-PENS

This student is both capable and responsible for self-administering auto-injectable epinephrine, inhaled asthma medication/insulin
 _____ Yes, unsupervised. _____ Yes, supervised. _____ No, please indicate additional information: _____

Health Care Provider's Name: _____
 Health Care Provider's Signature: _____ Date: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

CONSENTIMIENTO DE PADRE/TUTOR PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO POR EL PERSONAL ESCOLAR

Yo / Nosotros, padre(s) o tutor(es) de _____ solicitamos que la medicina será administrada por la enfermera de la escuela o por un miembro del personal escolar si la enfermera de la escuela no está disponible. Doy mi consentimiento para permitir la divulgación de información de salud identificable del proveedor de servicios de salud a la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado. Notificare a la escuela si el medicamento ha cambiado o si ya no es necesario. La medicación se entregará en su envase con la farmacia marcado.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO DE PADRE/TUTOR PARA LA AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO PARA EPINEFRINA AUTO-INYECTABLE O MEDICAMENTO DE ASMA INHALADA

Doy mi consentimiento para que mi hijo, _____, se auto-administre el siguiente medicamento durante el día escolar o cuando asiste actividades relacionadas con la escuela: _____ Epinefrina Auto-Inyectable _____ Medicamento de asma inhalada
 Doy mi consentimiento para revelar información de salud identificable por el proveedor de cuidado de salud a la enfermera de la escuela u otro personal designado por el Distrito Escolar Unificado de Turlock.

Reconozco que tengo la obligación de notificar a la escuela si la medicación de mi hijo, la dosis, la frecuencia de administración cambia o la razón de los cambios de administración durante el año escolar.

Yo, en nombre de mí mismo, mi hijo, nuestros herederos, albaceas y cesionarios, por lo presente estoy de acuerdo en indemnizar y liberar de responsabilidad, la liberación y pacto de no demandar al Distrito, sus funcionarios, empleados y agentes, de cualquier y toda responsabilidad, reclamación o causa de acción de cualquier naturaleza, incluyendo pero no limitado a la lesiones personales o la muerte, la que puede ser el resultado de la auto-administración de medicamento de mi hijo.

Firma del padre / tutor _____ Fecha: _____ Teléfono: _____