

Mt. Diablo Unified School District
Concord, California

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE HORARIO ESCOLAR

Nombre Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____
 Padre/Apoderado _____ Teléf. de Casa _____ Celular _____
 Escuela _____ Fax de Escuela _____ Maestro _____

Código de Educación 49423, 49423.1 Cualquier estudiante que requiera tomar, durante un día regular de escuela, medicamentos prescritos por un proveedor autorizado de cuidado de salud, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela u otro personal asignado o puede llevar y auto administrarse epinefrina auto inyectable o medicación para asma si el distrito escolar recibe un documento escrito por el proveedor de cuidado de salud detallando el nombre del medicamento, método, cantidad, y horas para tomarlo.

PARTE I—AUTORIZACIÓN DEL PADRE/APODERADO *(a completarse por padre/apoderado)*

Por la presente solicito personal voluntario escolar sin licencia para ayudar a mi hijo(a) a tomar sus medicamentos tal como se indica en líneas abajo de acuerdo al proveedor médico. Entiendo que todos los medicamentos deben estar en un envase etiquetado adecuadamente. Entiendo que debo recoger los medicamentos dentro de una semana después del último día de clases o la medicina será desechada. También doy consentimiento para el intercambio de información entre el proveedor de cuidado de la salud y el personal del Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo para comunicarse sobre asuntos relacionados a este medicamento. Por la presente libero al distrito escolar y al personal de la escuela de responsabilidad civil si el estudiante sufre una reacción adversa como resultado de auto administrarse el medicamento.

Firma del Padre/Apoderado **Fecha**

PARTE II—AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD *(a completarse por proveedor)*

Nombre de Medicamento	Diagnóstico/Indicación	Dosis	Método	Hora / Frecuencia

Por favor, adjunte una lista de posibles efectos secundarios de los medicamentos antes descritos.
 Estoy de acuerdo en que personal voluntario escolar sin licencia ayude a mi estudiante con los medicamentos antes descritos.

Firma del Proveedor de Cuidado de Salud **Fecha** **Licencia #**

Letra Imprenta o Sello →
 Nombre del Proveedor
 Nombre/Dirección Oficina
 Teléfono

PARTE III—PARA LLEVAR / AUTO-ADMINISTRACIÓN OPCIONAL DEL ESTUDIANTE

Estudiante puede llevar y administrar:

Al estudiante se le ha enseñado y muestra competencia en el uso de los medicamentos enumerados.

 Nombre del medicamento(s)

Firma Proveedor de Cuidado de Salud **Firma del Padre/Apoderado**

Revisado por _____ el _____ Copia a: ___ nurse ___ cum ___ med binder
 Administrador de la Escuela Fecha