

Autorización para Administración de Medicamento en la Escuela
Distrito Escolar Elementaria de Hanford

Querido Padre:

El Código Educacional de California Sección 49423 indica que cualquier estudiante que es requerido de tomar, durante el día escolar regular, medicamento recetado a el/ella por un proveedor de cuidado de salud autorizado puede ser asistido por la enfermera escolar u otro personal escolar designado si se cumple con ciertos requisitos: (1) una declaración por escrito del proveedor de cuidado de salud autorizado detallando el método, cantidad, y horarios y (2) una declaración por escrito del padre/guardián del estudiante indicando el deseo que el distrito escolar asista al estudiante en la manera indicada por el proveedor de cuidado de salud autorizado. Un proveedor de cuidado de salud autorizado significa un individuo que tiene licencia del estado de California para recetar u ordenar medicamentos, incluyendo, pero no limitado a, un doctor o asistente de doctor (Código de Educación 49423; 5 CCR 601). Otro personal escolar designado puede incluir cualquier individual contratado por el Distrito que dio su consentimiento de administrar el medicamento o de otra manera asistir al estudiante el cual legalmente puede administrar medicamento al estudiante o asistir al estudiante en la administración del medicamento. (5 CCR 601) Medicamento puede incluir no solamente una sustancia suministrada en los Estados Unidos por receta médica, pero también sustancia que no requiere receta médica, tal como remedios sin receta médica, suplementos de nutrición y remedios a base de hierbas (5 CCR 601).

Solicitud de Padres para que Personal Escolar Suministre Medicamento del Estudiante

Nosotros, los firmantes, los padres/guardianes de _____ Fecha de Nacimiento _____

Maestro/Grado _____ que asiste a la Escuela _____ solicito que la enfermera escolar o personal escolar designado asista al estudiante en la manera declarada por la declaración del proveedor de salud autorizado. En el evento de una reacción al medicamento, es entendido que el Distrito Escolar Elementaria de Hanford y/o sus empleados de ninguna manera serán considerados responsables de llevar a cabo esta petición.

Fecha _____ Número de Teléfono _____ Firma del Padre/Guardián _____

Ordenes del Proveedor de Cuidado de Salud Autorizado:

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Naturaleza de condición que requiere medicamento durante el día escolar _____

Nombre del medicamento _____ Cantidad de dosis _____ Hora y frecuencia* _____ Método/Vía _____

Possible side effects or precautions _____

***Para medicamento de emergencia solamente: ej. inhalador para ayuda de asma, la dosis puede ser repetida en caso de emergencia?**

☐ Si ☐ No

(Nota: La orden del medicamento y la etiqueta de la receta médica deben ser iguales para que el medicamento sea aceptado por el sitio escolar.)

Fecha _____ Firma del Proveedor de Cuidado de Salud Autorizado _____

Tratamiento de Inyecciones/Nebulizador deben de ser acompañados por instrucciones especializadas firmadas por un proveedor de cuidado de salud autorizado y solo será administrado por el estudiante, enfermera escolar, padre o personal escolar entrenado. Por favor recuerde que la enfermera escolar no está en la escuela diariamente.

FIRME ABAJO PARA QUE EL ESTUDIANTE CARGE Y SOLO SE ADMINISTRE MEDICAMENTO EN LA ESCUELA.

Medicamento siempre está guardado bajo llave en la oficina a menos que se especifique de otra manera.

Este estudiante ha sido instruido en la técnica apropiada de administración de medicamento y esta consiente de la dosis correcta, efectos secundarios potenciales y puede cargar y administrarse el medicamento recetado (ej. Inhalador, Epi-Pen, etc.).

Fecha _____ Firma del Proveedor de Cuidado de Salud Autorizado _____

Fecha _____ Firma de Padre _____