



Petición para la administración de medicamentos en la escuela al aire libre

Foothill Horizons' FAX: (209) 532-0019; TEL: (209) 532-6673; foothillhorizons@stancoe.org



Información estudiantil:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Maestro: _____

Por favor, entregue este formulario a la enfermera de su escuela

MUST BE COMPLETED BY AN AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER (Para el proveedor médico autorizado solamente)

Información sobre medicamentos: Comuníquese con Foothill Horizons para hacer arreglos especiales si su hijo(a) necesita ayuda con inyecciones, medicamentos intravenosos, O toma medicamentos a horas diferentes a las que se mencionan a continuación. *

Medication 1: _____ Strength (mg, ml): _____ Dose: _____
Refrigerate: [] Yes [] No Reason/Diagnosis: _____ Method/Route: [] Oral [] Other: _____
Admin. Time(s): [] 7:00AM [] Bkfst [] Noon [] 1:30PM [] 4:00PM [] Dinner [] Bedtime [] Other* _____
[] PRN (list all symptoms PRN meds can be taken for: _____)

Medication 2: _____ Strength (mg, ml): _____ Dose: _____
Refrigerate: [] Yes [] No Reason/Diagnosis: _____ Method/Route: [] Oral [] Other: _____
Admin. Time(s): [] 7:00AM [] Bkfst [] Noon [] 1:30PM [] 4:00PM [] Dinner [] Bedtime [] Other* _____
[] PRN (list all symptoms PRN meds can be taken for: _____)

Medication 3: _____ Strength (mg, ml): _____ Dose: _____
Refrigerate: [] Yes [] No Reason/Diagnosis: _____ Method/Route: [] Oral [] Other: _____
Admin. Time(s): [] 7:00AM [] Bkfst [] Noon [] 1:30PM [] 4:00PM [] Dinner [] Bedtime [] Other* _____
[] PRN (list all symptoms PRN meds can be taken for: _____)

REQUEST FOR SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATIONS

This student is both capable and responsible for self-administering auto-injectable epinephrine and/or inhaled asthma medication:

[] Yes, unsupervised [] Yes, supervised [] No - Please explain why: _____
This student may carry their emergency medication: [] Yes [] No - Please explain why: _____

Doctor's Signature: _____ Email: _____
Doctor's Name: _____ Phone: _____ Fax: _____

Esta sección: Completada y firmada por el padre, madre o tutor legal

Sección A: Firme aquí para autorizar medicamentos no urgentes (la mayoría de los medicamentos)

Sección A: Consentimiento del padre/madre/tutor legal para que el personal escolar administre la medicación
Yo, padre(s)/tutor(es) legal(es) de _____, solicito que el medicamento sea administrado por la enfermera de la escuela o por un miembro del personal de la escuela si la enfermera de la escuela no está disponible.
Firma: _____ Fecha: _____ Tel: _____

Sección B: Firme aquí si autoriza que su hijo/a cargue con su propio inhalador de rescate, pluma de epinefrina o kit de glucagón.

Sección B: Consentimiento del padre/madre/tutor legal para la autoadministración de medicamentos
Doy mi consentimiento para que mi hijo/a _____, se autoadministre su
[] Inhalador para el asma [] Epinefrina [] Glucagón mientras asista la escuela al aire libre en Foothill Horizons.
Firma: _____ Fecha: _____ Tel: _____

MUST BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE (Para la enfermera escolar)

[] This form was reviewed by the school nurse [] These medications were turned into the school nurse. [] These medications are current/not expired.
Name: _____ Email: _____ Phone: _____
Signature: _____ Date: _____

Cómo utilizar este formulario

Como escuela en el estado de California, Foothill Horizons tiene que seguir las normas enumeradas a continuación:

Código de Reglamentos de California, Título 5. Artículo de Educación 4.1.

- Administrar medicamentos a los alumnos o ayudarles a los alumnos de alguna otra manera con la administración de medicamentos durante las horas escolares regulares.
- §600. Autorización de acuerdo con la sección 49423 y subdivisión (b)

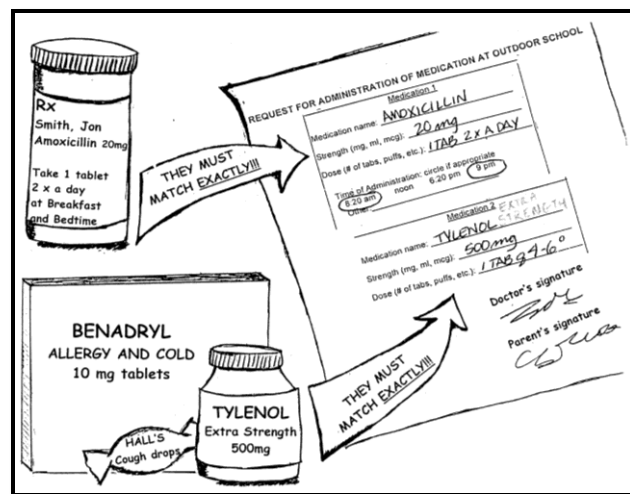
Aviso a los padres:

- Tendrá que seguir los pasos indicados a continuación si su hijo/a necesita tomar CUALQUIER TIPO de medicación (incluyendo medicamentos sin receta como Tylenol, Benadryl, vitaminas, Tums, pastillas para la tos, etc).
- NO se permitirá que su hijo/a asista a Foothill Horizons si los formularios de medicación no se llenan completamente y firman correctamente.

Instrucciones:

Para completar el formulario

- Pídale a su proveedor médico que complete la otra cara de este formulario.
 - Los datos del medicamento y los que escriba el médico en el formulario deberán coincidir exactamente.
 - Si la dosis o la hora de administración cambian desde que se recetó el medicamento inicialmente, el médico tendrá que enviar otra receta y el farmacéutico tendrá también que imprimir una etiqueta nueva con la información precisa para que coincida con la receta del médico.
 - El proveedor médico tendrá que completar y firmar todos los formularios, incluyendo los de los medicamentos sin receta.
- Revise el formulario para asegurarse que la dosis y la hora coinciden con la forma en que administra la medicación en casa.
 - Si observa algún error, pídale al médico que corrija el formulario.
 - El padre/tutor tendrá que firmar todos los formularios para la administración de medicamentos.
 - Asegúrese que firmó todos los formularios.
- Entregue todos los formularios sobre medicación a la enfermera escolar por lo menos 2 semanas antes de salir. La enfermera necesita 2 semanas para revisar los formularios y la información sobre medicación.



Para preparar los medicamentos

- ¡Sólo envíe los medicamentos que su hijo/a necesita!**
- Escriba el nombre de su hijo/a sobre cualquier medicamento que no lleve etiqueta (por ejemplo, medicamentos sin receta).
- Coloque todos los medicamentos de su hijo/a en una bolsa Ziploc.
- Escriba el nombre de su hijo/a y la escuela sobre la bolsa Ziploc.
- La enfermera escolar necesita 2 semanas para revisar los formularios y la información sobre medicación. Entregue todos los formularios a la enfermera por lo menos 2 semanas antes de salir. Dele la bolsa con la medicación debidamente marcada a la enfermera el día antes de salir.
- Dele la bolsa con la medicación debidamente marcada a la enfermera el día antes de salir.
 - NO se permiten medicamentos en el equipaje de su hijo.