



SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

La Sección 49423 del Código de Educación de California permite que la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado ayude a los estudiantes que deben tomar medicamentos durante el día escolar, siempre que se otorgue la autorización correspondiente.

La “medicación” incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos nutricionales y remedios herbales. Los padres son responsables de proporcionar todos los medicamentos, suministros y equipos necesarios para administrar el medicamento. No se administrarán medicamentos, incluidos los de venta libre, sin receta. La receta del medicamento debe estar actualizada y el medicamento debe suministrarse en el paquete original o en el frasco original con la etiqueta de la farmacia adjunta (pídale a su farmacéutico que divida el medicamento en dos frascos completamente etiquetados: uno para el hogar y otro para la escuela). El medicamento debe ser recetado al estudiante a quien se le administrará y todos los envases de medicamentos deben incluir una etiqueta con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre del medicamento y las instrucciones de uso.

Autorizo y por la presente solicito que el personal escolar designado ayude a mi hijo a tomar este medicamento recetado (incluidos los medicamentos recetados de venta libre, suplementos nutricionales y remedios herbales) según lo prescrito por el proveedor de atención médica del niño. Acepto, y por la presente libero y eximo al Distrito y a sus empleados y contratistas de toda responsabilidad por cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo, debido o que surja de actos u omisiones con respecto a este medicamento. y acepta indemnizar a cada uno de ellos con respecto a cualquier fallo o reclamo emitido contra ellos que surja de este acuerdo de administración de medicamentos. Entiendo que mi hijo puede no tener o tomar medicamentos en la escuela a menos que se cumplan todos los requisitos. Por la presente doy mi consentimiento para que una enfermera escolar se comunice con el proveedor de atención médica de mi hijo y asesore al personal de la escuela según sea necesario con respecto a este medicamento.

_____ M / F _____ Nombre del
estudiante (en letra de imprenta) SEXO Fecha de nacimiento

He leído y entiendo la autorización y la liberación anteriores. Notificaré inmediatamente a la escuela si hay algún cambio en la medicación que mi hijo está tomando en la escuela. Entiendo que esta autorización está vigente por un máximo de un año escolar, y el Distrito requerirá una nueva autorización al comienzo de cada año escolar, o si ocurre algún cambio en la receta.

_____ Firma del padre o tutor
legal Fecha