

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE NORWALK - LA MIRADA**

12820 Pioneer Blvd., Norwalk, CA 90650-2894 (562) 210-2000

OFFICE USE

Nurse Reviewed: _____

Date: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR EL PERSONAL ESCOLAR DURANTE EL HORARIO ESCOLAR REGULAR*PHYSICIANS AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION BY SCHOOL PERSONNEL DURING THE REGULAR SCHOOL DAY***DEBE LLENARLO EL PADRE DE FAMILIA:**

Grado: _____

Apellido del Estudiante

Nombre

Fecha de
Nacimiento

Escuela

de ID del
Estudiante

Se requiere que el estudiante antes mencionado tome el medicamento recetado por su médico durante el horario regular de clases, puesto que no puede tomarse en ningún otro momento. Solicito que el personal asignado para asistir a mi hijo en la administración del medicamento, conforme a las instrucciones de su médico, enumeradas a continuación. Autorizo al distrito a que se comunique con dicho médico en referencia a la condición médica de mi hijo y/o medicamento recetado para la condición. Soy responsable de llevar el medicamento y cualquier suministro necesario. Entiendo que el medicamento debe estar en el envase original etiquetado de la farmacia que indique claramente la información de la receta. Seré responsable de recoger cualquier medicamento sobrante al final del año escolar.

Al firmar este formulario, el padre / tutor se compromete a eximir de responsabilidad al Distrito, a sus funcionarios, empleados o agentes por cualquier pérdida, daño, lesión o responsabilidad de cualquier tipo a cualquier persona causada o derivada de los actos, omisiones o negligencia del Distrito, sus funcionarios, empleados o agentes relacionados con la administración de medicamentos a su hijo.

Fecha

Teléfono

Firma de Padre o Tutor

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN: ONE MEDICATION PER FORM.*(Note: Rx label must match medication order)*

Purpose of Medication

Name of Medication

Dose Form (Tablet, liquid, etc.)

Dosage Prescribed

Time Schedule at School

If PRN, include conditions

Precise Method of Administering Medication: _____

Length of Time this Medication will be Necessary: _____ Current school year or Short duration until _____ (date)

Describe precautions, special instructions, possible adverse reaction, or other comments.**(PLEASE INCLUDE STORAGE INSTRUCTIONS):**

The Above Named Student, For Whom This Medication is Prescribed, is under my care.

Print Name of Physician

Signature of Physician / Date

Address

Telephone

ESTA SOLICITUD SE VENCE AL FINAL DEL CICLO ESCOLAR DURANTE EL CUAL SE REALIZÓ Y DEBERÁ SER RENOVADO AL PRINCIPIO DE CADA AÑO ESCOLAR Y CADA QUE HAYA CUALQUIER CAMBIO EN EL MEDICAMENTO.**El Código de Educación de California (49423):**

SUMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO RECETADO PARA EL ALUMNO A pesar de la disposición del Artículo 49422, a todo alumno que requiera tomar, durante horas regulares de clases, medicamentos recetados por su médico particular, le puede asistir la enfermera escolar u otro personal escolar asignado siempre y cuando el distrito reciba (1) una declaración escrita por el médico detallando el método, cantidad, y horarios de suministración del medicamento (2) una declaración escrita del padre o tutor indicando su deseo de que el personal del distrito ayude al alumno en los asuntos establecidos en la declaración del médico.

(Rev 1/19)

RECORDING MEDICATIONS RECEIVED: Record the date and amounts of medication received and sign your name. This must be done each time medication is brought to school.

DATE MEDICATION RECEIVED	AMOUNT	EXPIRATION DATE	SIGNATURE OF PERSON RECEIVING MEDICATION

RECORDING MEDICATIONS DISPENSED: Write your initials over the date that you administer the medication. Leave the dates blank if medication was not given. Write your initials and signature in the KEY area.

August	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
September	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
October	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
November	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
December	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
January	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
February	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			
March	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
April	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
May	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
June	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
July	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

KEY:

Initial _____	Signature _____	Date Medication began _____	Initial _____
Initial _____	Signature _____	Date Discontinued _____	Initial _____
Initial _____	Signature _____	Date Medication Returned: _____	
Initial _____	Signature _____	Picked up by (signature): _____	

[] Medication not picked up at end of the school year. Medication collected for disposal.

Date Collected: _____ Staff Initials: _____

If controlled substance: Count _____/ Witness: _____

THIS FORM MUST BE FILED IN STUDENT'S PERMANENT HEALTH RECORD (CUM) AT THE END OF THE SCHOOL YEAR.

(Rev 1/19 SP:VB)