



WILLIAM M. HABERMEHL
County Superintendent of Schools

Orange County Department of Education Instructional Services

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (PADRES DE FAMILIA Y PROVEEDOR DEL CUIDADO A LA SALUD)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela/Distrito Escolar: _____ Maestro: _____ Grado/Salón: _____

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON O SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La Sección 49423 del Código de Educación de California autoriza al enfermero/a escolar u otro personal escolar no médico designado por la escuela para asistir a los estudiantes que requieran tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio es proveído con el fin de permitir que el estudiante permanezca en la escuela y mantenga o mejore su potencial para la educación y el aprendizaje.

Por la presente, solicito se le administre a mi hijo la medicina correspondiente de acuerdo con las instrucciones proveídas por escrito por nuestro proveedor de salud autorizado. Entiendo que el personal escolar no médico designado por la escuela puede asistir en llevar a cabo las órdenes escritas bajo la supervisión de un Enfermero Escolar certificado. Voy a notificar a la escuela inmediatamente y voy a enviar una forma nueva si hay cambios en el medicamento, dosis, horario de administración y/o del proveedor del cuidado de salud autorizado que prescribe. Asimismo, autorizo al enfermero escolar a intercambiar información relacionada a los medicamentos con el proveedor del cuidado de la salud autorizado. El enfermero escolar puede asesorar al personal escolar sobre cómo administrar los medicamentos y a reconocer si se presenta alguna reacción al medicamento.

Medicamentos de emergencia tales como EpiPen o inhaladores pueden ser llevados consigo por el estudiante cuando esto sea recomendado por los padres y por el proveedor del cuidado de la salud autorizado. Una dosis extra del medicamento debe ser guardada en la escuela para ser usada en caso de emergencia. Exonero/libero de responsabilidad civil al distrito y al personal escolar si mi niño/a sufre una reacción adversa al medicamento que se haya tomado.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____
Teléfono: (Trabajo) _____ (Casa) _____

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Reason for Medication: _____
Medication: _____ Dose: _____ Route: _____ Time: _____
If PRN: Amount of time between doses _____ Maximum number of doses _____ per day.
Possible medication reactions: _____
Instructions for emergency care _____
Authorized Health Care Provider Signature: _____
Telephone _____
Date of Request: _____
Date to Discontinue Medication: _____



Office Stamp

Regarding EpiPen/Inhalers: It is my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this emergency Inhaler/EpiPen. This student has been instructed in, and demonstrates an understanding of proper usage.
Health Care Provider Initials _____

SCHOOL USE:
Reviewed by: _____ Date: _____

This request is valid for a maximum of one year.