



AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICINAS

MEDICINAS PARA ALUMNOS Referencia Legal: Código Educativo - Sección 49423

... cualquier alumno que debe tomar medicina recetada por su médico durante el día escolar, puede obtener la ayuda de la enfermera escolar u otro personal escolar designado, si el distrito escolar ha recibido (1) declaración escrita del médico detallando el nombre de la medicina, método, dosis y horario de administración de tal medicamento, y (2) una declaración escrita del padre o guardián del alumno indicando su consentimiento para que el distrito escolar asista al estudiante a tomar la medicina de acuerdo con las instrucciones del médico. Ningún otro medicamento puede ser administrado por el personal escolar. Esto incluye medicamentos disponibles sin receta.

Las medicinas se deben mandar a la escuela en el recipiente original claramente marcado con el nombre del estudiante, nombre del medico quien lo autoriza, nombre de la medicina e instrucciones. Favor de completar y adjuntar este formulario también. Favor de notar que es la responsabilidad de los padres de estar seguros que la información de este formulario este al corriente.

Estudiante _____ Grado _____ Maestro/a _____ Fecha _____
Padre/Madre _____ Teléfono _____

(La sección de abajo debe ser completado por el medico)

****Proveedor de Servicios de Salud _____ Teléfono _____**

1. Medicaciones	Dosis	Frecuencia	Duración	Posibles síntomas
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

2. **Información Adicional y/o Precauciones** relacionadas al medicamento o la condición del estudiante:

PROVEEDOR DE SALUD: Soy un doctor certificado en el estado de California. **Adjunto aquí es una prescripción por el medicamento/tratamiento detallado arriba.**

DOCTOR CERTIFICADO/ENFERMERA LICENSIADA _____ Fecha _____

Soy el/la Padre/Guardián del estudiante nombrado arriba y tengo custodia legal de el/ella. Por medio de esto doy mi permiso al personal apropiado del Distrito para administrar o ayudar en la administración de medicamentos y/ o tratamiento como está especificado por su médico. Además, doy consentimiento al distrito para recibir de o mandar a este proveedor de salud cualquiera información acerca de la condición de salud de mi hijo/a..

Firma de Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha _____

4. Si el estudiante puede administrar medicamentos por si mismo, hay que llenar este contrato:

AUTORIZACION PARA AUTO-ADMINISTRACION:

A. Estudiante: Certifico que he leído las instrucciones acerca de la autoadministración de mi(s) medicina(s). Estoy de acuerdo con tomar estas medicinas nombradas arriba según las recomendaciones del medico.

Firma del Estudiante: _____ Fecha _____

B. Padre/Madre/Guardián: Mi hijo/a ha sido instruido en la administración y dosis correcta de las medicinas(s) nombrada(s) arriba y ha demostrado la habilidad de auto administrársela(s). Nosotros/Yo (Padre/Guardián) pedimos que el/ella tenga permiso de administrarse la(s) medicina(s) a si mismo según las instrucciones de nuestro médico y las reglas del Distrito.

Firma de Padre/Madre/Guardian: _____ Fecha _____

FIRMA DEL DOCTOR/ENFERMERA LICENSIADA _____ Date _____