

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LODI

Servicios Especiales/División de Salud



Consentimiento para la Administración de Medicamentos / Autoadministración de Medicamentos en la Escuela Liberación de Información Médica y Exención de Responsabilidad

Sitio Escolar: _____

Maestro: _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer Nombre I

Los medicamentos se pueden tomar de forma segura en la escuela con la ayuda del personal de la escuela si se completa la siguiente información y el padre/guardian acepta los siguientes términos y condiciones: Tenga en cuenta que este formulario es válido por un año.
(Código de Educación 49423)

1. Cualquier alumno que deba tomar un medicamento recetado por un médico puede ser asistido por una enfermera escolar u otro personal escolar designado. Esta adaptación se proporciona solo cuando el horario del medicamento requeriría que el alumno permanezca en casa, cuando el medicamento se necesita para situaciones de emergencia o por razones específicas de salud. Como Padre/Guardian, yo tengo derecho a ir a la escuela y administrar medicamentos a mi hijo(a) si lo considero necesario. Los estudiantes pueden llevar y autoadministrarse medicamentos (inhalador o Epi-pen) en la escuela cuando el Padre/Guardian, el médico y la enfermera de la escuela determinen que el estudiante es competente para hacerlo.
2. Se requiere que el Padre/Guardian traiga el medicamento a la escuela y recoja cualquier medicamento no utilizado al final del año escolar.
3. Los medicamentos administrados en la escuela deben proporcionarse en su botella con la etiqueta de la farmacia o en el kit de medicamentos inyectables con la etiqueta original de la farmacia. La etiqueta deberá indicar: el nombre del estudiante, la fecha, el nombre del medicamento, la dosis, los horarios en que se administrará, las instrucciones especiales y el nombre del médico. El Padre/Guardian debe proporcionar un dispositivo de medición de dosis adecuado, especialmente para medicamentos líquidos. Los medicamentos de venta libre deben permanecer en el recipiente del fabricante y estar marcados con el nombre del estudiante.
4. Reconozco que tengo la obligación de informar al Distrito Escolar Unificado de Lodi y ejecutar un nuevo formulario de consentimiento si el medicamento del estudiante, la dosis, la frecuencia de administración o el motivo de la administración cambian durante el año escolar.
5. La escuela no está legalmente obligada a brindar este servicio y no se hace responsable por dosis perdidas o rechazadas, efectos secundarios causados por el medicamento o cualquier otro problema. A cambio de la asistencia del distrito escolar en la administración del medicamento, por la presente renuncio a cualquier reclamo por lesiones contra el distrito escolar o sus empleados, que surja de la administración del medicamento.
6. Además, doy mi consentimiento para que el médico divulgue mi información de salud identificable individualmente a una enfermera escolar u otro personal designado por el Distrito Escolar Unificado de Lodi con el fin de consultar con el Médico sobre cualquier pregunta que pueda surgir con respecto al medicamento.

Yo, en nombre mío, de mi hijo(a), de nuestros herederos, albaceas y cesionarios, por la presente acepto eximir de responsabilidad, liberar y hacer convenio de no demandar al Distrito Escolar Unificado de Lodi, sus funcionarios, empleados y agentes, por cualquier y toda responsabilidad, reclamo o causa de acción de cualquier naturaleza, incluyendo, pero no limitado a lesiones personales o muerte, que puede resultar de la autoadministración de medicamentos de mi hijo(a).

Firma del Padre / Guardian: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Solo Medicamentos Llevados y Autoadministrados:

También doy mi consentimiento para permitir que _____ (estudiante) lleve consigo y se autoadministre los siguientes medicamentos durante el día escolar regular o durante las actividades relacionadas con la escuela:

____ epinefrina autoinyectable ____ medicamento para el asma inhalado

A continuación, se incluye una declaración escrita del médico del estudiante.

Firma del Padre / Guardian: _____ Fecha: _____

Ser Completado por el Médico

Por Favor Imprimir

Nombre del Medicamento (como se recetó): _____ Dosis: _____

Método de Administración: _____ Horario(s) para ser dispensado en la escuela: _____

Duración: _____ Condición de salud para el medicamento: _____

Instrucciones Especiales/Precauciones: _____

Posibles Efectos Secundarios: _____

De conformidad con las secciones 49423 y/o 49423.1 del Código de Educación, esto es para confirmar que _____ (estudiante) es capaz de llevar y autoadministrarse los siguientes medicamentos:

____ epinefrina autoinyectable ____ medicamento para el asma inhalado

Se requerirá un nuevo formulario de consentimiento si el medicamento del estudiante, la frecuencia de administración de la dosis o el motivo de la administración cambian durante el año escolar. La autorización actual será efectiva por un año.

Yo, _____, certifico que lo anterior es verdadero y correcto.
Nombre del Médico (Letra Imprenta)

Firma: _____ Fecha: _____ Fax: _____

Dirección/Ciudad: _____ Teléfono: _____

Estimados Padres ó Tutor:

La medicina puede ser dada en la escuela solamente si el padre ó el doctor llenan la Información al reverso de esta forma. La medicina debe ser traída a la escuela por el padre y ser rotulada por el farmacéutico. El distrito escolar no es responsable por los resultados ó efectos secundarios de la medicina. Con su firma usted está de acuerdo en "renunciar por mi parte y por parte de mi hijo(a) al derecho de sostener cualquier acción legal por daños contra el distrito escolar por cualquier efecto negativo que la medicina pueda tener en mi hijo(a)".

Spanish Version - Medication at School

Txog: Cov ua niam ua txiv txhua tus

Hauv tsev kawmntawv yuav muab tshuaj rau koj tus menyuam noj tau, tiam sis yuav tsum yog niam thiab txiv thiab tus kwstshuaj (parent and physician) sau teb rau daim ntauw nyob sab nraum no. Niam thiab txiv yuav tsum nqa cov tshuaj uas tus menyuam yuav noj ntauw tuaj rau hauv tsev kawmntawv thiab cov tshuaj ntauw yuav tsum muaj daim ntauw sau qhia kev noj tshuaj los ntawm lub tsev muag tshuaj noj ntauw kom zoo. Nco ntsoov tias yog muaj teebmeem li cas los ntawm txoj kev noj tshuaj ntauw mas lub tsev kawmntawv yuav tsis ris lub txim ntauw. Koj yuav tau sau npe lees paub tias, "Ntawm koj tus kheej thiab koj tus menyuam yuav tsis sau ntaub ntauw foom lub tsev kawmntawv rau tej yam uas lawv muab tshuaj rau koj tus menyuam noj es ho ua rau nws muaj mob".

Hmong Version

Phụ huynh/Người báo hộ thân mến:

Thuốc có thể cho uống tại trường với điều kiện là phụ huynh và bác sĩ phải điền vào phần sau của thu này. Phụ huynh phải mang thuốc vào trường và phải có nhân hiệ do được sĩ ghi rõ cách dùng. Nhà trường không chịu trách nhiệm về kết quả của thu uống hoặc các triệu chứng có thể xảy ra trong khi sử dụng thuốc. Chữ ký phụ huynh đồng ý là "Với nhân danh là cha mẹ và nhân danh của con em tôi, tôi từ bỏ tất cả quyền lợi luật pháp về thua kiện lại nhà trường về sự thiệt hại ảnh hưởng đến con em tôi trong khi chúng sử dụng thuốc tại trường".

Vietnamese Version

សូមជំរាបមកដល់គាថិតា/អាណាព្យាបាល:

ថ្នាំពេទ្យអាចឲ្យសេសសល់រឿងបាន ចាប់ពីមាតាបិតា និងវេជ្ជបណ្ឌិតបំពេញតំណាងនៅលើក្រដាសនេះ ៖ ១ មាតាបិតា/ថ្នាំពេទ្យ/គ្រូគ្រូមកអាណាព្យាបាល ហើយត្រូវមានការលំអិតប្រើវិធីសាស្ត្រ ១ ក្នុងសិក្សាមិនអាចទទួលបានប្រវែងលទ្ធផលអ្វីដែលកើតឡើង ឬ មានការអនុវត្តពេល មូលហេតុដោយសារមាត់ថ្នាំពេទ្យ ១ ខ្លះៗ ហេតុនេះចាប់ពីពេលប្រសប់មាតាម ខ្លួនល្អ និងគ្មានបន្តបន្ទាប់ និងមានសិទ្ធិបែរសេរី មិនប្រឆាំង ឬ ប្តឹងអ្វីក្នុងសិក្សា ព្រោះវាផ្តល់ពេទ្យអនុវត្តពេល ធ្វើឱ្យមានការខូចខាត ឬ ធ្វើឲ្យកូនខ្ញុំ មានអ្វីមិនល្អ ។ "

Khmer/Cambodian Version

Magar Version

محترم والدین/سرپرست : سکول میں طلباء کو اسی صورت میں دوائی دی جاسکتی ہے جبکہ ٹاکڑ اور والدین اس فارم کے پچھلے حصے کو مکمل کریں۔ دوائی والدین سکول میں خود لے کر آئیں اور اس پر فارمیسی کا لیبل لگا ہو۔ ضلعہ سکول دوائی کے نتائج اور رد عمل کا ذمہ دار نہیں ہو گا۔ آپ کو مستخط کرنا ہونگے کہ میں اپنے اور بچے کی جانب سے دوائی کے رد عمل اور برے نتائج کے سلسلے میں سکول کو ذمہ دار ٹھہرانے کے حق سے دست بردار ہوتا/ہوتی ہوں۔ -