

Formulario de Administración de Medicamentos

Este formulario debe completarse antes de que se pueda administrar o tomar cualquier medicamento (recetado o de venta libre) en la escuela. Se requieren las firmas del padre/tutor y de un proveedor de atención médica autorizado que tenga licencia en el estado de California para recetar medicamentos. Para obtener información adicional, puede solicitar una copia del Código de Educación de California 49423. **NOTA: Este formulario debe renovarse anual, o antes si hay algún cambio en el medicamento, la dosis, la frecuencia o motivo de administración.**

Student Name/Nombre del estudiante	Date of Birth/Fecha de nacimiento
School/Escuela:	School Year/Año escolar:

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER

Health Condition For Which Medication Is Prescribed:	Medication Name (generic/brand):
Dose: (if liquid medication, need dose and concentration)	Route:
<input type="checkbox"/> Daily Time to be given:	<input type="checkbox"/> As Needed (prn) Frequency: For what symptoms:
Side Effects:	Refer for medical evaluation if:

<input type="checkbox"/> Permission To Carry And Self-Administer Emergency Medication I have instructed the above named student on the proper use of this medication, including how to appropriately self-administer, the correct dose, when to use, and the frequency. The student is able to safely and competently carry and self-administer this medication. _____ (Health Care Provider Initials)	<input type="checkbox"/> School Nurse, or other trained unlicensed school personnel, must administer. Store medication in a locked cabinet. <input type="checkbox"/> Permission to carry medication to and from school
---	---

Health Care Provider Signature:	Date:
Health Care Provider Name:	Phone:
Address:	National Provider Identification (NPI) Number, if applicable:
Name and Phone Number of Supervising Physician (PA's only):	Furnishing Number (NP's only):

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE / TUTOR

Al firmar, doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela, u otro personal escolar capacitado sin licencia, ayude a mi hijo a administrar el medicamento mencionado anteriormente durante el horario escolar y durante las actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que el personal de la escuela no será responsable de hacer que este medicamento esté disponible durante los "eventos familiares" del distrito o la escuela, ya que los estudiantes asistirían a estos eventos con sus familias. Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela se comunique con el proveedor de atención médica y/o el farmacéutico con respecto al medicamento mencionado anteriormente, así como la condición de salud por la cual se está administrando el medicamento. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar los medicamentos, los suministros y el equipo que mi hijo necesita para que la escuela le brinde la asistencia solicitada. Entiendo que el medicamento debe ser proporcionado por mí en el envase original con la etiqueta de la farmacia (o en el empaque original sellado si el medicamento es de venta libre). Entiendo que el personal de la escuela seguirá la declaración escrita del proveedor de atención médica autorizado. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la enfermera escolar, u otro personal escolar designado, si hay un cambio en la medicación o condición de salud de mi hijo. Entiendo que todos los pedidos de medicamentos se suspenderán automáticamente anual.

Firma del padre o tutor:	Fecha:
---------------------------------	---------------

Permiso del padre/tutor para llevar y autoadministrarse medicamentos de emergencia
 Al firmar, doy mi consentimiento para que mi hijo lleve consigo y se administre el medicamento de emergencia mencionado anteriormente. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que mi hijo traiga su medicamento a la escuela y a cualquier actividad patrocinada por la escuela. Entiendo que si mi hijo usa el medicamento de una manera diferente a la recetada, no almacena el medicamento en un lugar seguro cuando no está en uso, o comparte el medicamento con otro estudiante, mi hijo perderá el privilegio de llevar y autoadministrarse este medicamento. Además, se pueden tomar medidas disciplinarias. Libero al personal del distrito y de la escuela de responsabilidad civil si mi hijo sufre una reacción adversa como resultado de la autoadministración de este medicamento.

Firma del padre o tutor:	Fecha:
---------------------------------	---------------