



San Juan Unified School District

Autorización para Administrar Medicina

Spanish

Conforme la sección 49423 del Código de Educación, estudiantes que requieren o necesitan medicina (recetada o de venta libre, incluyendo aspirina, medicina para catarro, etc.) durante el día escolar puede obtener ayuda de la enfermera escolar u otro empleado designado si el Distrito recibe una declaración por escrito del doctor del niño y los padres/tutor que autoriza el uso de medicina y ayuda en administrarla. Excepto por ciertas medicinas auto administradas (“epi pen,” “inhalador,” o “insulina”) autorizada para uso personal, estudiantes no deben auto medicarse ni poseer ninguna medicina de venta libre ni recetada mientras estén en propiedad del Distrito.

A menos que sea gobernado de otra manera por un Plan Educativo Individualizado o Plan Sección 504, se requiere llenar esta Autorización, y los padres/tutor y estudiante cumplir con sus obligaciones, para mantener el privilegio permitido por Sección 49423. Además, conforme la sección 49480 del Código de Educación y esta Autorización, un empleado del Distrito está autorizado para contactar el doctor nombrado abajo para abordar preguntas, cuestiones, o cuestión de seguridad tocante como guardar apropiadamente, el manejo, o administración de la medicina y para comunicar la existencia de esta Autorización a maestros y otros empleados que pueden supervisar al Estudiante.

Información Estudiantil

Año Escolar: _____

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ID Escolar: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Autorización de Padre/Tutor: Por la presente autorizo:

- ____ Personal Designado del Distrito poder ayudar a mi hijo con administrar medicina, monitorear, y probar según las Instrucciones Médicas y aprobación abajo.
- ____ Mi hijo llevar y auto administrarse __ un auto-inyector epinephrine pen, __ un inhalador para asma, o __ insulina de acuerdo con Instrucciones Médicas y aprobación abajo..

Proporcionaré la medicina autorizada por el médico en el envase original de la receta, con el nombre del estudiante, el nombre del médico que la recetó, nombre de la medicina, y dosis. Si es medicina de venta libre, será proveída en el envase original que fue comprada. Recogeré lo que quede de la medicina el último día del año escolar.

Entiendo que el Código de Educación sección 49407 dice: “Sin importar provisiones de cualquier ley, ningún distrito escolar, oficial de distrito escolar, director escolar, médico, ni hospital tratando cualquier niño inscrito en alguna escuela en cualquier distrito será responsable por el tratamiento razonable del niño sin el consentimiento del padre o tutor del niño cuando el niño está enfermo o herido durante las horas escolares, requiere razonable tratamiento médico, y no pueden localizar el padre o tutor, a menos que el padre o tutor haya previamente presentado una objeción por escrito con el distrito escolar para cualquier tratamiento aparte de primeros auxilios.” Hasta el punto permitido por Sección 49407 y la ley de California, entiendo que declino cualquier reclamo potencial que puedo tener contra el Distrito, sus oficiales, y empleados tocante su ayuda en cumplir con esta Autorización.

Una nueva Solicitud de Autorización se debe llenar (1) cuando hay cambio de medicina o dosis, o (2) al comienzo de un nuevo año escolar. También puedo revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento.

Fecha: _____

Nombre de Padre/Tutor en letra molde: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Contacto de Emergencia: _____ **Teléfono de Casa:** _____

Teléfono de Emergencia: _____ **Celular:** _____

Physician Authorization (To be completed only by a California physician issuing the prescription(s))

Patient/Student Name: _____ **DOB:** _____

Date of Last Medical Evaluation: _____

Name of Medication:	Dosage/Method of Admin./Time of Day:	Discontinue:
#1: _____	_____	_____
#2: _____	_____	_____
#3: _____	_____	_____
#4: _____	_____	_____

Special Instructions/Storage/Administration Procedures/Precautions: _____

#1: _____

#2: _____

#3: _____

#4: _____

_____ I authorize designated school district personnel to assist my patient with medication administration, monitoring, and testing according with these Instructions.

_____ I authorize my patient to carry and self-administer ___ an auto-injector epinephrine pen, ___ an asthma inhaler, or ___insulin according to instructions I have provided to my patient.

Print Name of Physician

Physician's Signature

Physician Telephone Number

Physician Facsimile Number

CA Medical License Number

NPI# _____

ORP ___ Yes ___ No

Date _____