



**Información estudiantil:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

**Por favor, entregue este formulario a la enfermera de su escuela**

**MUST BE COMPLETED BY AN AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER (Para el proveedor médico autorizado solamente)**

**Información sobre medicamentos:** *Comuníquese con Foothill Horizons para hacer arreglos especiales si su hijo(a) necesita ayuda con inyecciones, medicamentos intravenosos, O toma medicamentos a horas diferentes a las que se mencionan a continuación. \**

Medication 1: \_\_\_\_\_ Strength (mg, ml): \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_  
 Refrigerate:  Yes  No Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_ Method/Route:  Oral  Other: \_\_\_\_\_  
 Admin. Time(s):  7:00AM  Bkfst  Noon  1:30PM  4:00PM  Dinner  Bedtime  Other\* \_\_\_\_\_  
 PRN (list all symptoms PRN meds can be taken for: \_\_\_\_\_)

Medication 1: \_\_\_\_\_ Strength (mg, ml): \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_  
 Refrigerate:  Yes  No Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_ Method/Route:  Oral  Other: \_\_\_\_\_  
 Admin. Time(s):  7:00AM  Bkfst  Noon  1:30PM  4:00PM  Dinner  Bedtime  Other\* \_\_\_\_\_  
 PRN (list all symptoms PRN meds can be taken for: \_\_\_\_\_)

Medication 1: \_\_\_\_\_ Strength (mg, ml): \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_  
 Refrigerate:  Yes  No Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_ Method/Route:  Oral  Other: \_\_\_\_\_  
 Admin. Time(s):  7:00AM  Bkfst  Noon  1:30PM  4:00PM  Dinner  Bedtime  Other\* \_\_\_\_\_  
 PRN (list all symptoms PRN meds can be taken for: \_\_\_\_\_)

**REQUEST FOR SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATIONS**

**This student is both capable and responsible for self-administering auto-injectable epinephrine and/or inhaled asthma medication:**

Yes, unsupervised  Yes, supervised  No – Please explain why: \_\_\_\_\_  
 This student may carry their emergency medication:  Yes  No – Please explain why: \_\_\_\_\_

Doctor's Signature: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Esta sección: Completada y firmada por el padre, madre o tutor legal**

**Sección A: Firme aquí para autorizar medicamentos no urgentes (la mayoría de los medicamentos)**

**Sección A: Consentimiento del padre/madre/tutor legal para que el personal escolar administre la medicación**

Yo, padre(s)/tutor(es) legal(es) de \_\_\_\_\_, solicito que el medicamento sea administrado por la enfermera de la escuela o por un miembro del personal de la escuela si la enfermera de la escuela no está disponible. Doy mi consentimiento para permitir la divulgación de información médica identificable del proveedor médico a la enfermera u otro personal escolar designado. Notificaré a la escuela si la medicación cambia o deja de ser necesaria. Los medicamentos deberán entregarse en su envase original o con la etiqueta de la farmacia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Sección B: Firme aquí si autoriza que su hijo/a cargue con su propio inhalador de rescate, pluma de epinefrina o kit de glucagón.**

**Sección B: Consentimiento del padre/madre/tutor legal para la autoadministración de medicamentos**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a \_\_\_\_\_, se autoadministre su  
 Inhalador para el asma  Epinefrina  Glucagón mientras asista la escuela al aire libre en Foothill Horizons. Yo, en nombre de mí mismo, mi hijo/a, nuestros herederos, albaceas y cesionarios, por el presente acuerdo indemnizar y mantener indemne, liberar y convenio de no demandar a la Oficina de Educación del condado de Stanislaus, sus funcionarios, empleados y agentes, para cualquier y toda responsabilidad, reclamación o causa de acción de cualquier naturaleza, incluyendo, pero no limitado a lesiones personales o muerte, que pueda resultar de la autoadministración de mi hijo de la medicación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**MUST BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE (Para la enfermera escolar)**

This form was reviewed by the school nurse  These medications were turned into the school nurse.  These medications are current/not expired.

Name: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Cómo utilizar este formulario

Como escuela en el estado de California, Foothill Horizons tiene que seguir las normas enumeradas a continuación:

Código de Reglamentos de California, Título 5. Artículo de Educación 4.1.

- Administrar medicamentos a los alumnos o ayudarles a los alumnos de alguna otra manera con la administración de medicamentos durante las horas escolares regulares.
- §600. Autorización de acuerdo con la sección 49423 y subdivisión (b)

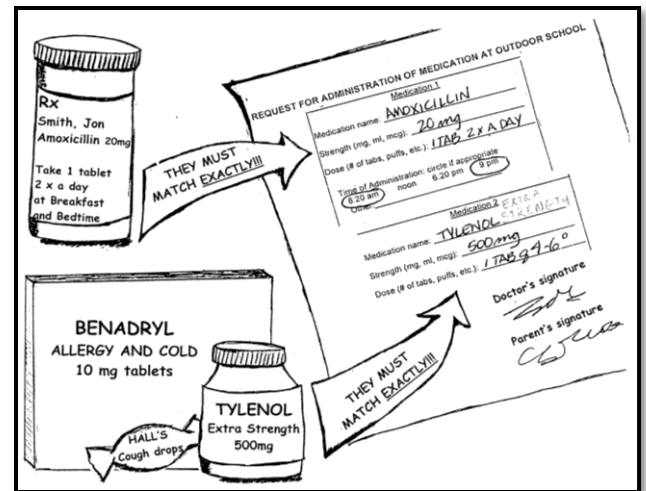
### Aviso para las familias:

- Tendrá que seguir los pasos indicados a continuación si su hijo/a necesita tomar CUALQUIER TIPO de medicación (incluyendo medicamentos sin receta como Tylenol, Benadryl, vitaminas, Tums, pastillas para la tos, etc).
- NO se permitirá que su hijo/a asista a Foothill Horizons si los formularios de medicación no se llenan completamente y firman correctamente.

### Instrucciones:

#### Para completar el formulario

- Pídale a su proveedor médico que complete la otra cara de este formulario.**
  - Los datos del medicamento y los que escriba el médico en el formulario deberán coincidir exactamente.
  - Si la dosis o la hora de administración cambian desde que se recetó el medicamento inicialmente, el médico tendrá que enviar otra receta y el farmacéutico tendrá también que imprimir una etiqueta nueva con la información precisa para que coincida con la receta del médico.
  - El proveedor médico tendrá que completar y firmar todos los formularios, incluyendo los de los medicamentos sin receta.**
- Revise el formulario para asegurarse que la dosis y la hora coinciden con la forma en que administra la medicación en casa.
  - Si observa algún error, pídale al médico que corrija el formulario.
  - El padre/tutor tendrá que firmar todos los formularios para la administración de medicamentos.
- Entregue todos los formularios sobre medicación a la enfermera escolar por lo menos 2 semanas antes de salir. La enfermera necesita 2 semanas para revisar los formularios y la información sobre medicación.



#### Para preparar los medicamentos

- ¡Sólo envíe los medicamentos que su hijo/a necesita!**
- Escriba el nombre de su hijo/a sobre cualquier medicamento que no lleve etiqueta (por ejemplo, medicamentos sin receta).
- Coloque todos los medicamentos de su hijo/a en una bolsa Ziploc.
- Escriba el nombre de su hijo/a y la escuela sobre la bolsa Ziploc.
- La enfermera escolar necesita 3 semanas para revisar los formularios y la información sobre medicación. Entregue todos los formularios a la enfermera por lo menos 3 semanas antes de asistir.
- Dele la bolsa con la medicación debidamente marcada a la enfermera el día antes de salir.
  - NO se permiten medicamentos en el equipaje de su hijo.