





# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL CONDADO NORTE DE MONTEREY

Servicios de Salud ♦ (831) 633-5221 ext. 3394 ♦ Fax: (831) 633-2520 ♦ 13990 Castroville Blvd. ♦ Castroville, California 95012

## PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICINAS DURANTE HORARIO ESCOLAR (CEC 49423)

Este formulario debe ser completado totalmente para que las escuelas administren el medicamento requerido. **Un nuevo formulario de permiso para medicinas debe ser completado cada año escolar** para cada medicamento y cada vez que haya un cambio de: proveedor de servicios de la salud autorizado por el alumno, o un cambio en la dosis del medicamento, o en el método necesario para tomar la medicina, o en la fecha o la hora que se requiere tomar la medicina. Esta forma es válida para el año escolar 2023 a 2024.

\*\*\*\*\*

Nombre Completo del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre de medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Tableta/Cápsula  Líquido  Inyección  Tópico  Inhalador  Nebulizador  Rectal

Tiempos de ser dados en la escuela: \_\_\_\_\_  AM  PM Si PRN, frecuencia: \_\_\_\_\_

Condición de salud: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios relevantes: \_\_\_\_\_ ¿Qué tan pronto pueden repetir la dosis? \_\_\_\_\_

Medicamento debe ser administrado desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  Resto del año escolar  
Mes/Día/Año Mes/Día/Año

Instrucciones adicionales: \_\_\_\_\_

**\*Este estudiante puede:**  cargar este medicamento con él/ella misma  auto administrarse medicamento.

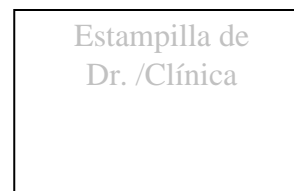
(Permiso para llevar consigo mismo y/o auto administrarse medicamentos)

Nombre/Título de Prescriptor \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma de Prescriptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**\* Si cargar y/o auto-administrarse están seleccionados arriba:** Este estudiante ha sido instruido a administrarse el medicamento adecuado de este medicamento, entiende la dosis adecuada y los posibles efectos secundarios y es competente para auto-administrarse con seguridad de acuerdo las instrucciones de HCP arriba.

\*\*\*\*\*

### Autorización de los Padres/Tutores

Yo autorizo al personal de la escuela para que le administrarse el medicamento mencionado a mi hijo/a siguiendo las instrucciones del Proveedor de Servicios de Salud indicado arriba. Yo doy mi consentimiento para que se intercambie información directamente entre el Proveedor de Servicios de Salud (HCP) indicado arriba o el farmacéutico y la enfermera del Distrito Escolar Unificado del Condado Norte de Monterey, con respecto a la medicina mencionada.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes responsabilidades referentes a la suministración de medicamentos:

1. **Todas las medicinas con receta deben estar dentro de un recipiente etiquetado por el farmacéutico o proveedor de servicios de salud.**
2. Un adulto debe llevar el medicamento a la escuela y recoger cualquier medicamento que ya haya caducado o que no se haya usado.
3. Si las pastillas deben cortarse, eso lo deberán hacer los padres de familia/tutor antes de entregarle el medicamento a los funcionarios de la escuela.
4. Los padres/tutores tienen que proporcionar todos los materiales o equipo necesario (ej.: cuchara medidora) para suministrar el medicamento.
5. Si es que surge cualquier cambio en la autorización mencionada arriba, los padres/tutores notificarán a la enfermera del distrito o al designado y proveerán nuevos consentimientos.

**\* Permiso para llevar consigo mismo y/o auto administrarse medicamentos:** Yo le doy mi permiso a mi hijo/a para que lleve con él(la) y se auto administre el medicamento indicado por el HCP. Yo estoy de acuerdo que mi hijo/a ha sido adiestrado/a y es competente para auto administrarse este medicamento. Yo entiendo que el distrito escolar podría revocar este permiso de llevar consigo y auto administrarse el medicamento si mi hijo/a no sigue las Precauciones Universales, si mi hijo/a es observado usando inapropiadamente el medicamento o los suministros médicos que le acompañan, o si el hecho de que el estudiante lleva este medicamento en la escuela crea una situación peligrosa para otros estudiantes, el personal o a visitantes a la escuela. Yo exoneró al distrito escolar y al personal de la escuela de responsabilidad civil si mi hijo/a sufre una reacción adversa como consecuencia de la administración del medicamento durante las horas escolares.

Nombre del Padre/Tutor (Letra de Molde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (Firma) \_\_\_\_\_ Otro Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_