

INDICACIONES MÉDICAS

Para que la ESCUELA SUMINISTRE MEDICAMENTOS



A. Este formulario debe completarse antes de suministrar cualquier medicamento, llevarlo o tomarlo en la escuela (prescripciones o medicinas de los mostradores farmacéuticos).
Son necesarias las firmas del médico y de los padres. Este formulario debe ser renovado anualmente o si ocurre cualquier cambio en los medicamentos.

Número de teléfono escolar _____
 Número de fax escolar _____

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Lo siguiente debe llenarlo y firmarlo solamente el médico

PHYSICIAN USE ONLY	
1. MEDICATION: _____	Dose: _____ Reason/Diagnosis: _____
Route: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Inhale <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Other _____	Med Start Date: _____ Stop Date: _____
<input type="checkbox"/> If DAILY ~ Time(s) to be given: _____	
<input type="checkbox"/> If AS NEEDED (prn) ~ Frequency: <input type="checkbox"/> Every 3 to 4 hrs., <input type="checkbox"/> Every 4 to 6 hrs., <input type="checkbox"/> Other : _____	
<input type="checkbox"/> *Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence. o (Not recommended in elementary school)	
Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): _____	
2. MEDICATION: _____	Dose: _____ Reason/Diagnosis: _____
Route: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Inhale <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Other _____	Med Start Date: _____ Stop Date: _____
<input type="checkbox"/> If DAILY ~ Time(s) to be given: _____	
<input type="checkbox"/> If AS NEEDED (prn) ~ Frequency: <input type="checkbox"/> Every 3 to 4 hrs., <input type="checkbox"/> Every 4 to 6 hrs., <input type="checkbox"/> Other : _____	
<input type="checkbox"/> *Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence. o (Not recommended in elementary school)	
Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): _____	
Physician Signature: _____	Date: _____
Physician Name: _____	NPI # _____
Address: _____	Phone: _____
City: _____	Zip: _____

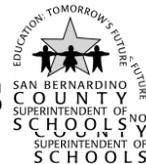
Todas las medicinas serán automáticamente descontinuadas al terminar el ciclo escolar. Los medicamentos nuevos deben comenzar con el ciclo escolar.

El Código de Educación de California estipula en la Sección 49423 que el alumno que necesita tomar medicina durante el día escolar, debe ser descrita por un médico, puede suministrarse por la enfermera o el personal escolar designado del distrito y deben recibir (1) declaración escrita por su médico detallando el método, cantidad y horario en que tal medicina debe suministrarse (2) declaración escrita de padre, madre o tutor del alumno indicando el deseo de que el personal del distrito escolar ayude al alumno a actuar con las indicaciones del médico.

*El Código de Educación de California 49423 (c) estipula; Un alumno está sujeto a acción disciplinaria de acuerdo a la sección 48900 si hace uso de inhaladores e epinephrine inyectable de una manera en la que no se ha descrito.

INDICACIONES MÉDICAS

Para que la ESCUELA SUMINISTRE MEDICAMENTOS



B. Este formulario debe completarse antes de suministrar cualquier medicamento, llevarlo o tomarlo en la escuela (prescripciones o medicinas de los mostradores farmacéuticos).

Son necesarias las firmas del médico y de los padres. Este formulario debe ser renovado anualmente o si ocurre cualquier cambio en los medicamentos.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Los padres piden que se suministren los medicamentos en el plantel escolar

Yo, entiendo que las normas del distrito escolar estipulan que las medicinas se mantengan en un lugar seguro, bajo la supervisión de un adulto empleado del distrito escolar y que el estudiante o persona no debe tenerla en su posesión (con la excepción de inhaladores e epinephrine inyectable acompañado de la prescripción e indicaciones del médico).

C. Yo, por este medio pido que el personal ayude a mi hijo proporcionado su medicamento durante horas escolares de acuerdo a lo estipulado por el médico. Yo, autorizo a que se comuniquen con mi médico y si es necesario, obtengan toda la información médica y en conjunto autorizo que las autoridades escolares pasen la nota a Medi-Cal ó a mi seguro medico por los servicios médicos dados en la escuela.

Firma de padres o tutores: _____ **Fecha:** _____ **Teléfono:** _____

D. Petición para que el alumno tenga en su posesión su INHALADOR PARA EL ASMA O INYECCIÓN EPINEPHRINE: Yo, por medio de la presente, solicito que mi hijo pueda traer consigo su inhalador para el asma o su inyección epinephrine. Yo, entiendo que si mi estudiante no obedece las normas y responsabilidades al traer su medicamento, perderá el privilegio de traerlo consigo.* También, doy mi autorización para que se comuniquen con el médico si necesitan información.

El estudiante no compartira su pluma de EpiPen/inhalador con otro estudiante.

Para medicamento de Asma: El estudiante esta de acuerdo, que si no hay mejoramiento despues de dos descargas, El o' Ella se reportara a la oficina de salud.

Es aconsejable de tener un extra inhalador en la oficina de salud.

Para medicamento de EpiPen: Si el estudiante se autoadministra el EpiPen, El o' Ella hará que alguien notifique a la oficina de salud.

Es aconsejable que se tenga una extra pluma de EpiPen en la oficina de salud.

Firma de padres o tutores: _____ **Fecha:** _____ **Teléfono:** _____

Contrato con el estudiante – EpiPens/Solamente estudiantes con inhaladores

Yo estoy de acuerdo en que mantendré mi medicamento en un lugar seguro y conmigo en todo momento. Yo, estoy de acuerdo en que NUNCA compartiré mi medicamento con ningún estudiante. Si uso mi inhalador más de una vez por día o varias veces a la semana, hablaré con la enfermera escolar. **Si me auto administro mi EpiPen, inmediatamente tendré a alguien que notifique al personal de la oficina de salud.**

Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____

Firma de los padres o tutores: _____ **Fecha:** _____

Todas las medicinas serán automáticamente descontinuadas al terminar el ciclo escolar. Los medicamentos nuevos deben comenzar con el ciclo escolar.

*El Código de Educación de California 49423 (c) estipula; Un alumno está sujeto a acción disciplinaria de acuerdo a la sección 48900 si hace uso de inhaladores e epinephrine inyectable de una manera en la que no se ha descrito.

OMSD RN Verified _____ **Date:** _____