



Solicitud de Asistencia con Medicamentos durante el Día Escolar

La ley del Estado de California* requiere que todos los estudiantes que necesitan medicamentos durante las horas escolares sigan las siguientes reglas:

1. Mostrar documento por escrito extendido por el doctor del estudiante detallando el método, la cantidad y horario para tomar el medicamento. (Esto incluye medicamento sin receta).
2. Mostrar documento por escrito de las padres/tutores del estudiante solicitando que el distrito asista al estudiante para tomar los medicamentos recetado.
3. Traer el medicamento en su botella original, rotulado apropiadamente. Si la medicina es recetada, tiene que tener la etiqueta original de la farmacia adjunto.

Los estudiantes no pueden llevar consigo medicamentos ni guardarlos en sus armarios sin permiso del doctor y con la aprobación del personal escolar apropiado y formas adicionales están completas.

*Código de Educación 49423 Código de Título Administrativo 5.18170.

ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES/TUTORES

Apellido del Estudiante

Primer Nombre del Estudiante

Sexo

Fecha de Nacimiento

Escuela

Solicito (amos) que el personal designado por el Distrito Escolar (no necesariamente la enfermera escolar) asista a mi hijo/a en tomar su medicamento de acuerdo con las direcciones proveídas por el médico. Autorizamos al Distrito para que se comuniqué con el doctor abajo anotado sobre la condición medica de mi hijo y/o el medicamento recetado para el/ella. Consiento en sostener el distrito escolar y sus empleados inocuos en prestar este servicio a mi niño/a. Asumo responsabilidad en proveer de inmediato medicamento cuando se termine o cuando la medicina se caducó.

Fecha

Teléfono

Firma de los Padres/Tutores

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN

Name of Medication

Purpose of Medication

Dosage of Prescription

Time Schedule

Dose from (Tablet, Liquid, etc.)

Date of Prescription

Length of Time To Be Taken

Method of Administration

DESCRIBE PRECAUTIONS, SPECIAL INSTRUCTIONS, POSSIBLE ADVERSE SIDE EFFECTS, OR OTHER COMMENTS (PLEASE INCLUDE STORAGE INSTRUCTIONS)

If the medication is for an allergen, please state allergen: _____

State foods that need to be OMITTED: _____

The above named student for whom medication is prescribed is under my care.

Print or Type Name of Physician

Signature of Physician

Address

Telephone

Date