



SOUTH SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
398 B Street, South San Francisco, CA 94080-4423
(650) 877-8700 / Fax (650) 583-4717
www.ssfusd.org

Los formularios adjuntos deben ser completados cada año por el padre / tutor del estudiante y el médico para cualquier niño(a) que tome medicamentos en la escuela. Este formulario instruye al personal de la escuela sobre cómo cuidar a su hijo(a) en caso de una emergencia médica en la escuela debido a una condición médica.

PAUTAS PARA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Código de Educación 49423

1. Los padres/tutor de los estudiantes deben presentar una orden de medicamentos completa y firmada para todos los medicamentos utilizados en la escuela (incluyendo la prescripción y el de venta libre) del médico. El padre/tutor también debe presentar una declaración firmada solicitando al personal de la escuela que ayude al estudiante a seguir las instrucciones del médico.
2. Todos los medicamentos, incluidos los de venta libre y las recetas, deben dejarse en sus envases originales sin abrir y no después de la fecha de caducidad. Los medicamentos recetados deben estar en el envase original con **la etiqueta de la farmacia**.
3. Se permite a los estudiantes portarse por sí mismos y/o autoadministrarse EpiPens and Asthma Medicamentos solo si el médico selecciona “Sí” en la sección de autoportación/autoadministración y el padre/tutor firma la sección de autoportación/autoadministración para padres.
4. Este formulario debe ser completado anualmente por el médico y el padre / tutor, y cada vez que haya un cambio en el medicamento y / o la dosis.
5. El último día de clases, recoja el medicamento de su hijo(a) de la Oficina de Salud de la escuela. **Los medicamentos dejados después del último día de clases serán desechados adecuadamente y la información de salud protegida será destruida.**

Gracias por su cooperación

Kai Angelot, RN kaiangelot@ssfusd.org
Marissa Meyer, RN marissameyer@ssfusd.org
Mayura Vali, RN mayuravali@ssfusd.org
Enfermeras escolares del distrito
Telefono: 650-827-8479



SOUTH SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
398 B Street, South San Francisco, CA 94080-4423
(650) 877-8700 / Fax (650) 583-4717
www.ssfusd.org

Instrucciones médicas de emergencia y declaración de exención de responsabilidad
A completar por el proveedor de atención médica y los padres / tutor

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico médico: _____

Nombre del medicamento (uno por formulario): _____

La dosis: _____ La frecuencia: _____ La ruta: _____

Otro curso de acción en caso de emergencia: _____

Autotransporte y autoadministración: Especifique si el estudiante puede autotransportar y autoadministrar el medicamento mencionado anteriormente (esta opción solo está disponible para inhaladores de asma y EpiPens según la normativa 5141,21 de la Junta) Si / No

Al dar un círculo de "Sí" arriba certifico que este estudiante es responsable con este medicamento y madura lo suficiente como para autotransportarse/autoadministrarse de forma segura. El estudiante entiende cómo tomar el medicamento de acuerdo con las órdenes anteriores y seguirá las instrucciones del proveedor de atención médica.

Soy un médico / enfermera practicante / asistente médico debidamente licenciado en el estado de California.

Nombre: _____ Fecha: _____ Numero de telefono: _____

Firma: _____ Nombre o sello de la clínica: _____

Firma de padre/tutor

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente indemnizo y exento de toda responsabilidad de cualquier y todas las demandas, reclamaciones, acciones, demandas o responsabilidad de cualquier naturaleza o tipo, todo el personal, empleados, empleados, etc. y agentes de dicho distrito que pueden actuar de acuerdo con las instrucciones anteriores o de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica del estudiante.

Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autotransporte y autoadministración:

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente permito que mi estudiante **se auto-lleve y auto-administre** los medicamentos anteriores según lo ordenado por el proveedor de atención médica. Esta opción solo está disponible para inhaladores de asma y EpiPens.

Nombre del medicamento (inhalador para el asma o EpiPen): _____

Nombre de padre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



SOUTH SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
398 B Street, South San Francisco, CA 94080-4423
(650) 877-8700 / Fax (650) 583-4717
www.ssfusd.org

Instrucciones médicas de emergencia y declaración de exención de responsabilidad
Solo firma de padre/tutor

Yo, el padre / guardián de _____ (estudiante en el Distrito Escolar Unificado del Sur de San Francisco), en caso de cualquier emergencia que afecte la salud o el bienestar de dicho estudiante por la presente, solicite e instruya a la escuela de la materia para:

1. Notifique inmediatamente al padre / tutor:

Nombre y teléfono: _____

Nombre alternativo y teléfono: _____

2. Notifique al médico:

Nombre y teléfono: _____

3. Transporte al siguiente hospital: _____

Firma de padre/tutor

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente indemnizo y exento de toda responsabilidad de cualquier y todas las demandas, reclamaciones, acciones, demandas o responsabilidad de cualquier naturaleza o tipo, todo el personal, empleados, empleados, etc. y agentes de dicho distrito que pueden actuar de acuerdo con las instrucciones anteriores o de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica del estudiante.

Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autotransporte y autoadministración:

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente permito que mi estudiante **se auto-lleve y auto-administre** los medicamentos anteriores según lo ordenado por el proveedor de atención médica. Esta opción solo está disponible para inhaladores de asma y EpiPens.

Nombre del medicamento (inhalador para el asma o EpiPen): _____

Nombre de padre: _____ Firma: _____ Fecha: _____