

**DISTRITO ESCOLAR DE ONTARIO-MONTCLAIR**  
**Servicios de Salud**  
**INDICACIONES MÉDICAS**  
**Para que la ESCUELA SUMINISTRE MEDICAMENTOS**



Número de teléfono escolar \_\_\_\_\_

Número de fax escolar \_\_\_\_\_

**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.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Lo siguiente debe llenarlo y firmarlo solamente el médico*

**PHYSICIAN USE ONLY**

**1. MEDICATION:** \_\_\_\_\_ **Dose:** \_\_\_\_\_ **Reason/Diagnosis:** \_\_\_\_\_

Route:  Oral  Nasal  Topical

Inhale  Injection  Other \_\_\_\_\_

**Med Start Date:** \_\_\_\_\_ **Stop Date:** \_\_\_\_\_

If DAILY ~ Time(s) to be given: \_\_\_\_\_

If AS NEEDED (prn) ~ Frequency:  Every 3 to 4 hrs.,  Every 4 to 6 hrs.,  Other : \_\_\_\_\_

\*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:  Oral  Nasal  Topical

Inhale  Injection  Other \_\_\_\_\_

**Med Start Date:** \_\_\_\_\_ **Stop Date:** \_\_\_\_\_

If DAILY ~ Time(s) to be given: \_\_\_\_\_

If AS NEEDED (prn) ~ Frequency:  Every 3 to 4 hrs.,  Every 4 to 6 hrs.,  Other : \_\_\_\_\_

\*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:** \_\_\_\_\_

**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.

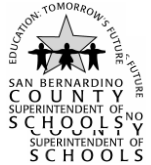
\*El Código de Educación de California 49423 (c) estipula; Un alumno está sujeto a acción disciplinaria de acuerdo a la sección 48900 si hace uso de inhaladores e epinephrine inyectable de una manera en la que no se ha descrito.

# DISTRITO ESCOLAR DE ONTARIO-MONTCLAIR

Servicios de Salud

## 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).

**A. 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.

**Firma de padres o tutores:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**B. 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.

**Firma de padres o tutores:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

#### ***Contrato con el estudiante – 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.

**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.