Instrucciones para completar la Forma de Autorización para Medicamentos

Cualquier estudiante que tome medicamentos, vitaminas y/o suplementos debe tener una Forma de Autorización para Medicamentos debidamente completada y firmada por un proveedor de servicios médicos autorizado y con licencia en California (médico, cirujano, enfermero, enfermera obstétrica, dentista, optometrista, podólogo, asistente medico con licencia en CA – Código de CA, Titulo S, Sección 601[a]). Medicamentos de origen internacional, incluidos medicamentos de México, o autorizaciones de médicos mexicanos no están permitidos por ley.

Si su hijo(a) toma alguno de los siguientes, se requiere una Forma de Autorización para Medicamentos completada y firmada. De no ser así, el personal de la escuela Cuyamaca Outdoor School no puede legalmente administrar los medicamentos.

- **Medicamentos recetados para uso habitual** incluyendo pastillas, líquidos, inhalantes e inyecciones
- **Medicamentos recetados para emergencias** (por ejemplo, inhalador, auto inyector de epinefrina, Valtoco, Baqsimi, etc.)
- **Vitaminas**
- **Suplementos, incluyendo melatonina, fibra, herbales, homeopáticos, etc.**
- **Medicamentos de rutina sin receta/de venta libre** *que no figuran al reverso del formulario de registro y salud del estudiante*

Todos los medicamentos con receta deben:

- Ser enviados en el envase original con *una etiqueta de una farmacia en California* y no pueden estar expirados.
- Tener en la etiqueta el nombre completo del menor (no puede ser el medicamento de otro miembro de la familia)
- Indicar la dosis exacta, la forma (pastilla, liquido, etc.), horario (cuándo debe de administrarse), vía de administración (cómo se debe tomar), y razón (para qué es el medicamento)
- Indicar el proveedor de servicios médicos autorizado y con licencia en California que receta el medicamento

Todos los medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos deben:

- Ser enviados en el envase original tal como se compró en la tienda que indica el nombre, la dosis, y las instrucciones de uso.
- Llevar el nombre completo del menor y nombre de su escuela (escriba sobre el envase o sobre una cinta adhesiva o etiqueta)

No podemos aceptar ni administrar nada que sea enviado en bolsa de plástico, pastillero, contenedor para organizar pastillas, envases sin etiquetas, etc. NO ENVIAR medicamentos, vitaminas o suplementos dentro del equipaje de su estudiante.

PASOS PARA COMPLETAR LA FORMA DE AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS:

Nota: La versión en español de la forma contiene español en las secciones que el padre/tutor deben completar. Las secciones para uso del personal médico/escolar permanecen en inglés.

1. Llene la parte superior de la forma con:
    a. El nombre de la escuela de su hijo(a)
    b. Las fechas que va a asistir a Cuyamaca Outdoor School
    c. El apellido de su hijo(a)
    d. El nombre de su hijo(a)
    e. La fecha de nacimiento de su hijo(a) (F. Nac.)
2. SECCIONES A, B y C deben ser completadas y firmadas por un proveedor de servicios médicos autorizado y con licencia en California (médico, cirujano, enfermero, enfermera obstétrica, dentista, optometrista, podólogo, asistente medico con licencia en CA – Código CA, Título S, Sección 601[a]) para cualquier medicamento, vitamina y suplemento de uso diario/habitual. El proveedor de servicios médicos autorizado y con licencia debe de firmar la forma.
3. SECCION E debe ser completada y firmada por el padre/tutor legal del estudiante.
4. SECCION D y todas las secciones en GRIS son para uso exclusivo de Cuyamaca Outdoor School.
5. Entregar la Forma de Autorización para Medicamentos completa y firmada junto con el medicamento de su hijo(a) a la escuela de su hijo(a) por lo menos **tres semanas** antes de la fecha del campamento.

Si tiene alguna pregunta, favor de ponerse en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo(a) o llame al centro de salud de Cuyamaca Outdoor School al 760-765-4110. ¡Muchas gracias y esperamos con gusto la visita de su hijo(a)!

Medication Authorization Form / Forma de autorización para medicamentos

ORDEN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS - CUYAMACA OUTDOOR SCHOOL. Toda medicina, vitamina y suplemento debe ser **enviado en el envase original**

SECCIONES A-C deben ser completadas y firmadas por un proveedor de servicios médicos autorizado y con licencia en California (médico, cirujano, enfermero, enfermera obstétrica, dentista, optometrista, podólogo, asistente medico con licencia en CA – Código CA, Título S, Sección 601[a]) **para cualquier medicamento, vitamina y suplemento de uso diario/habitual.**

SECCION E debe ser completada y firmada por el padre/tutor legal del estudiante. **SECCION D** y otras secciones en GRIS son para uso exclusivo de Cuyamaca Outdoor School.

Escuela estudiante _____ **Fechas de asistencia** _____

Cabin
HG

Apellido estudiante _____ **Nombre estudiante** _____ **F.Nac.** _____ **Género** _____

SECTION A: To be completed by Health Care Provider | SECTION D: Cuyamaca Outdoor School Use Only

Med #	Medication/Vitamin/Supplement Details *(include generic name of medication)*		✓ IN by:	Mon		Tues			Wed			Thurs			Fri		✓ OUT by:
				Mid	*PM*	*AM*	*Mid*	*PM*	*AM*	*Mid*	*PM*	*AM*	*Mid*	*PM*	*AM*	*Mid*	
1	Medication/Dose (mg):																
	Form / Time:																
	Route / Reason:																
	Count IN:	**Count OUT:**															
2	Medication/Dose (mg):																
	Form / Time:																
	Route / Reason:																
	Count IN:	**Count OUT:**															
3	Medication/Dose (mg):																
	Form / Time:																
	Route / Reason:																
	Count IN:	**Count OUT:**															
4	Medication/Dose (mg):																
	Form / Time:																
	Route / Reason:																
	Count IN:	**Count OUT:**															

SECTION B: Additonal Instructions (attach a care plan if needed): _____

SECTION C: To Be Completed by Health Care Provider

Health Care Provider _____

CA License # _____

Phone # _____

Signature _____ Date: _____

SECCION E: A ser completado por el padre/tutor

Aurorizo a Cuyamaca Outdoor School a administrar el medicamento(s), suplemento(s), y/o vitamina(s) enlistados anteriormente a mi hijo(a) según lo indicado por el proveedor de servicios médicos autorizado.

Padre/tutor legal _____

Tel. # _____

Firma _____ Fecha: _____

COS Initials & Signature: *COS Initials & Signature:* *COS Initials & Signature:*