CABRILLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
498 Kelly Ave, Half Moon Bay, CA 94019 • 650 712-7100 • Fax 650 726-0279 • www.cabrillo.k12.ca.us

AUTORIZACION DE LOS PADRES PARA LA AUTO-ADMINISTRACION Y PERMISO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

☐**Debe ser completado por el padre / tutor antes de que un médico con licencia lo complete por completo**

Nombre del estudiante_____ Fecha de nacimiento_____Grado _____

Escuela_____ Maestro/a o Consejero/a (si corresponde) _____

Nombre del Padre o Tutor legal _____

CUANDO ES POSIBLE, LA MEDICACIÓN DEBE DARSE EN CASA, ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA, SIEMPRE QUE SE REÚNE CON LA APROBACIÓN DEL MÉDICO.

☐ **Debe ser completado por el médico u otra atención médica proporcionada con licencia del Estado de California para recetar medicamentos.**

Autoadministración: solo los medicamentos de la lista a continuación pueden llevarse en una mochila. Todos los demás medicamentos se mantienen en la oficina.

☐ Inhalador ☐ Epinefrina ☐ Glucagón ☐ Insulina ☐ Suplementos relacionados con la diabetes _____

_____ ***(Inicial del médico*) El estudiante mencionado anteriormente está bajo mi cuidado y necesita llevar este medicamento con él / ella mientras está en la escuela. Estoy de acuerdo en que el niño es capaz de auto administrarse y puede administrar este medicamento de manera responsable.**

1. Diagnóstico para el cual se prescribe el medicamento _____

   Medicación: _____ Dosis:_____

   Tiempo: _____ Rutina/Método _____

   Posibles efectos secundarios: _____

   Feche estimada de terminación: _____

   Si la dosis es según sea necesario (PRN), los síntomas que requieren administración y frecuencia permisible:

   _____

2. Diagnóstico para el cual se prescribe el medicamento: _____

   Medicación: _____ Dosis:_____

   Tiempo: _____ Rutina/Método: _____

   Posibles efectos secundarios: _____

   Fecha estimada de terminación: _____

   Si la dosis es según sea necesario (PRN), los síntomas que requieren administración y frecuencia permisible:

   _____

El estudiante está bajo mi cuidado y requiere que la medicación anterior se tome durante el horario escolar.

Physician's Name_____ License No. _____

Office Address _____

Phone Number_____

Fax Number _____

Physician's Signature _____

Physician/Clinic's stamp

CABRILLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
498 Kelly Ave, Half Moon Bay, CA 94019 • 650 712-7100 • Fax 650 726-0279 • www.cabrillo.k12.ca.us

AUTORIZACION Y LIBERACION
PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Acuerdo de Padres / Tutores (continuación)

Código de Educación 49423: No obstante las disposiciones de la Sección 49422, cualquier alumno que deba tomar, durante el día escolar regular, medicamentos recetados por un médico, puede ser asistido por la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado si el distrito escolar recibe (1) una declaración escrita de dicho médico que detalla el método, la cantidad y los horarios de tiempo para tomar dicho medicamento y (2) una declaración escrita del padre o tutor del alumno indicando El deseo de que el distrito escolar ayude al alumno en los asuntos establecidos en la declaración del médico.

La "medicación" incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos nutricionales y remedios herbales. Los padres son responsables de proporcionar todos los medicamentos, suministros y equipos necesarios para administrar el medicamento. No se administrarán medicamentos, incluidos los de venta libre, sin receta. La receta del medicamento debe estar actualizada y el medicamento debe suministrarse en el paquete original o en el frasco original con la etiqueta de la farmacia adjunta (pídale a su farmacéutico que divida el medicamento en dos frascos completamente etiquetados: uno para el hogar y otro para la escuela). El medicamento debe ser recetado al estudiante a quien será administrado y todos los envases de medicamentos deben incluir una etiqueta con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre del medicamento y las instrucciones de uso.

- **Autorizo y por la presente doy permiso y solicito que el personal escolar designado ayude a mi hijo a tomar este medicamento recetado (incluidos los medicamentos de venta libre, suplementos nutricionales y remedios herbales) según lo prescrito por el proveedor de atención médica de mi hijo. El medicamento puede ser administrado por empleados escolares no médicos capacitados, bajo la supervisión de la enfermera del distrito. La enfermera de la escuela puede no estar presente durante la administración del medicamento.**
- **Acepto, y por la presente libero y eximo al Distrito y a sus empleados y contratistas de toda responsabilidad por cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo, debido o que surja de actos u omisiones con respecto a este medicamento. y acepta indemnizar a cada uno de ellos con respecto a cualquier fallo o reclamo emitido contra ellos que surja de este acuerdo de administración de medicamentos. Entiendo que mi hijo puede no tener o tomar medicamentos en la escuela a menos que se cumplan todos los requisitos.**
- **Por la presente doy mi consentimiento para que una enfermera de la escuela se comunique con el proveedor de atención médica de mi hijo y asesore al personal de la escuela según sea necesario con respecto a este medicamento.**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ☐ F ☐

He leído y comprendo la autorización y la divulgación anteriores. Notificaré inmediatamente a la escuela si hay algún cambio en la medicación que mi hijo está tomando en la escuela. Entiendo que esta autorización está vigente por un máximo de un año escolar, y el Distrito requerirá una nueva autorización al comienzo de cada año escolar, o si ocurre algún cambio en la receta.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Para uso de oficina escolar

Authorization for Medication Administration received by_____ On (date)_____