Distrito Escolar Unificado de Lake Tahoe

Solicitud de padre/guardian y medico para medicación

Nombre del estudiante	fecha/nacimiento	escuela y año	Grado

Domicilio	Telefono	Maestro

SOLICITUD DEL PADRE PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO PRESCRITO Y NO PRESCRITO

El codigo de educacion de CA .Seccion 49423 permite a la enfermera de la escuela u otro personal designado asistir a los estudiantes que requieren tomar medicamento durante horas de escuela. Este servicio se prove para poder mantener al estudiante en escuela y mantener o Mejorar su potencial de aprendizaje y educacion.

Yo solicito que medicamento sea administrado a mi hijo(a), _____ de acuerdo con las instrucciones escritas de nuestro medico. Yo entiendo que personal designado de la escuela administrara el medicamento bajo la supervision de una enfermera calificada de la escuela. Yo notificare a la escuela inmediatamente y sometere una nueva forma si hay cambios en el medicamento, dosis u hora de administracion, y/o medico. Yo doy mi permiso para contactar al medico cuando sea necesario.

Firma de padre/guardian _____ Fecha _____

Telefono del trabajo _____ Telefono de la casa _____

Medicina de emergancia tales como EpiPen o inhaladores pueden ser acarreados por el estudiante cuando es autorizado por un medico, padres o enfermera de la escuela. Un Segundo EpiPen o inhalador debe estar en al escuela para su uso en emergencia.

Todo mecamento debe estar en su frrasco original de la farmacia con el nombre e instrucciones. Las instrucciones deben estar en ingles. Ud. Puede pedir frascos extras a su farmacista, uno para la casa y otro para la escuela..

PHYSICIAN REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Diagnosis/Reason for Medication: _____

Medication: _____ Dose:_____ Route: _____ Time: _____

If PRN: Amount of time between doses _____ Maximum number of doses per school day _____

Possible reactions: (possible serious reactions with this medication i.e., allergic reaction, localized/general, etc.)

_____

☐ Instructions for emergency care: _____

☐ **EMERGENCY MEDICATION SUCH AS AN INHALER or EPINEPRHINE AUTO INJECTOR MAY BE CARRIED BY STUDENT.**

The above medication cannot be scheduled for other than during school hours and this medication may be administered by non-medical school personnel under the supervision of a qualified School Nurse.

Physician Signature: _____

Telephone: _____

Date of Request: _____

Date to Discontinue Medication: _____ Office Stamp

THIS REQUEST IS VALID FOR THE CURRENT SCHOOL YEAR

SCHOOL USE ONLY:

Nurse: _____ Date: _____

Administrator: _____ Date: _____