

DISTRITO ESCOLAR UNIDO OLD ADOBE
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Año escolar _____ Grado/Maestro _____

El Código de Educación de California 49423 establece que cualquier alumno que deba tomar, durante un día escolar regular, medicamentos que le hayan sido recetados por un médico, puede ser asistido por la enfermera de la escuela o el personal escolar designado si el distrito escolar ha recibido lo siguiente:

1. Una declaración escrita del médico que detalla el método, la cantidad y el horario en que se debe tomar el medicamento. objetivo del medicamento, firmada por el médico.
2. Una declaración escrita del padre o tutor del estudiante indicando el deseo de que el distrito escolar ayude al estudiante en el asunto establecido en la declaración del médico, firmada por el padre o tutor.

Para ser completado por un proveedor autorizado para medicamentos recetados y sin receta:

Medicación: _____ Razón de la medicación: _____

Vía: _____ Dosis: _____

Hora: Según sea necesario cada ___ hrs Antes del desayuno Antes del almuerzo Antes de acostarse
 programado a las _____ en punto Después del desayuno Después del almuerzo Después de acostarse

Por favor marque si corresponde:

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| A. Inhalador | <input type="checkbox"/> Mantenerse en la oficina | <input type="checkbox"/> El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse |
| B. EpiPen | <input type="checkbox"/> Mantenerse en la oficina | <input type="checkbox"/> El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse |
| C. Suministros para diabéticos | <input type="checkbox"/> Mantenerse en la oficina | <input type="checkbox"/> El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse |

Posibles efectos secundarios: _____ ESTAMPILLA del médico: _____

Número de licencia del médico: _____

Nombre Impreso del médico _____

Número de teléfono del médico _____ Vencimiento del pedido: _____

Firma del médico _____ Fecha: _____

Tenga en cuenta:

- Todos los medicamentos deben entregarse en el envase original y debidamente etiquetados por el farmacéutico.
- La enfermera escolar y el proveedor que prescribe pueden comunicarse para aclarar asuntos relacionados con este medicamento.
- **Se requieren nuevos pedidos anualmente y para cualquier cambio en el régimen de medicación.**

Para ser completado por el padre o tutor:

Por la presente doy permiso para que el personal escolar designado administre el medicamento anterior a mi hijo. Autorizo a mi hijo a autoadministrarse el medicamento descrito arriba en A,B o C y libero de responsabilidad civil si estudiante sufre una reacción adversa.

Nombre del padre en letra de molde _____ Teléfono: _____

Firma de los padres _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA ESCUELA NO ESCRIBA EN EL CUADRO DE ABAJO

Fecha en que la oficina de la escuela recibió el formulario _____ Fecha en que se recibió el medicamento _____

Vencimiento del medicamento _____

Para SUSTANCIAS CONTROLADAS, cuente la cantidad de píldoras en presencia del padre/tutor Cantidad de píldoras recibidas _____

Nombre del empleado, recuento variable _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre del padre/tutor, recuento variable _____ Firma _____ Fecha _____

MEDICATION ADMINISTRATION LOG

Student: _____

DOB: _____

Med: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
J A N																															
F E B																															
M A R																															
A P R																															
M A Y																															
J U N																															
J U L																															
A U G																															
S E P																															
O C T																															
N O V																															
D E C																															

Enter in box above: time given, reason code and your initials:

Reason Codes:	Print Name: _____	Initials: _____
G = Given A = Absent F = Field Trip	_____ _____ _____	_____ _____ _____