

# 72 Horas - Medicamentos en Caso de Desastre

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINAS



**MEDICINAS PARA ALUMNOS** Referencia Legal: Código Educacional Sección 49423

«...cualquier alumno que debe tomar medicina recetada por su médico durante el día escolar, puede obtener la ayuda de la enfermera escolar u otro personal escolar designado, si el distrito escolar ha recibido (1) declaración escrita del médico detallando el nombre de la medicina, método, dosis y horario de administración de tal medicamento, y (2) una declaración escrita del padre o guardian del alumno indicando su consentimiento para que el distrito escolar asista al estudiante a tomar la medicina de acuerdo con las instrucciones del médico.» Ningun otro medicamento puede ser administrado por el personal escolar. Esto incluye medicamentos disponibles sin receta.

**Las medicinas se deben mandar a la escuela en el envase original claramente marcado con el nombre del estudiante, nombre del médico quien lo autoriza, nombre de la medicina e instrucciones. Favor de completar y adjuntar este formulario también. Favor de notar que es la responsabilidad de los padres de estar seguros que la información en este formulario esté al corriente.**

Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/Madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_

(La sección de abajo debe ser completado por el médico)

\*\* Health Care Provider \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

1. Medications	Dose	Frequency	Duration	Possible Side Effects
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

2. **Additional Information and/or Precautions** regarding medication or student's condition:

3. Soy el/la Padre/Guardian del estudiante nombrado arriba y tengo custodia legal de él/ella. Por medio de esto doy mi permiso al personal apropiado del Distrito en administrar o ayudar en la administracion de medicamentos y/ o tratamiento como es especificado por su médico. Además, doy consentimiento al distrito para recibir de o mandar a este proveedor de salud cualquiera información acerca de la condición de salud de mi hijo/a..

**Firma de Padre/Madre/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**4. Si el estudiante puede administrar medicamentos por sí mismo, hay que llenar este contrato:**

### AUTORIZACIÓN PARA AUTO-ADMINISTRACIÓN:

**A. Estudiante:** Certifico que he leído las instrucciones acerca de la autoadministración de mi(s) medicina(s). Estoy de acuerdo con tomar estas medicinas nombradas arriba según las recomendaciones del médico.

**Firma del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**B. Padre/Madre/Guardian:** Mi hijo/a ha sido instruido en la administración y dosis correcta de las medicinas(s) nombrada(s) arriba y ha demostrado la habilidad de autoadministrarsela(s). Nosotros/Yo (Padre/Guardian) pedimos que el/ella tenga permiso de administrarse la(s) medicina(s) a sí mismo según las instrucciones de nuestro médico y las reglas del Distrito.

**Firma de Padre/Madre/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

4. **\*\*Health Care Provider:** I am a physician actively licensed by the State of California. **Attached hereto is a prescription for the medication/treatment specified above.**

[        ] \* initial here if student has been properly trained and is able to self-administer

**Physician Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

*Please Print/Stamp Physician  
Name, Address, Phone here:*

**Distribution:**  
*Original - File    Copy – Teacher & School Nurse*