

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_

El Código de Educación de California 49423, permite a la enfermera escolar o a otro miembro del personal asignado el asistir a estudiantes que requieren tomar medicamento durante el día escolar. Este servicio es para permitir que el estudiante se mantenga en la escuela o mejore su potencial de educación y aprendizaje.

**El medicamento debe estar en el contenedor en el que fue comprado con la receta adjunta. Ningún medicamento (incluyendo medicamento que puede comprar sin receta y suplementos) serán dados en la escuela sin una forma actualizada de receta de un doctor con licencia de California.**

Nombre del medicamento/fuerza de tabletas, cápsula o líquido \_\_\_\_\_

Este medicamento es una sustancia controlada  Si  No

Dosis: \_\_\_\_\_ ¿Qué tan frecuente? \_\_\_\_\_

Hora para dar en la escuela: \_\_\_\_\_ Vía de administración: \_\_\_\_\_

Razón por el medicamento/Diagnostico: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

El estudiante ha sido instruido por su doctor en como auto administrarse y cargar su inhalador

El estudiante ha sido instruido por su doctor en como auto administrar una Epi-Pen y puede ser llevada con él/ella.

Comentarios \_\_\_\_\_

*Es necesario que este medicamento sea tomado durante el día escolar a la hora(s) indicada arriba.*

Nombre escrito del Médico Autorizado \_\_\_\_\_

Firma del Médico Autorizado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# de Licencia \_\_\_\_\_

Yo solicito que mi hijo/a, \_\_\_\_\_, sea asistido en el tomar el medicamento recetado en la escuela por las personas autorizadas. Cumpliré con las políticas y procedimientos de la escuela. Notificaré a la escuela si hay cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo/a, cambios en medicamento o cambio de proveedor de cuidado salud.

Yo autorizo el intercambio de información entre el doctor de mi hijo/a, Enfermera del Distrito o administrador del sitio con respecto a esta petición de medicamento.

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_

Teléfono (emergencia) \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento que se administrará en la escuela \_\_\_\_\_

Hora para administrarse en la escuela \_\_\_\_\_

*La forma debe ser renovada cada 12 meses o cuando la receta cambie.*