

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.