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 apropriado 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 leido 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** _____