

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

(Página 1 de 2)

Para el padre o el estudiante adulto:

La siguiente información es necesaria para cualquier estudiante de usar medicamentos en la escuela.

Deben completarse todos los espacios y adjuntar la página dos, la declaración del médico, una vez que se ha completado por el médico de su hijo/a.

También estamos notificándole de una nueva ley del estado, la medida SB 376. Esta ley permite a los estudiantes con una enfermedad grave o crónica, como asma o reacciones alérgicas severas, para llevar y autoadministrarse el medicamento si tienen autorización de los padres y el médico.

Nombre de estudiante _____ Teléfono _____
Dirección _____ Fecha de nacimiento _____
Escuela _____ Maestro/grado _____

1. Yo pido permiso a mi hijo/a nombrado arriba para: (marque las que aplican)

- Utilizar o recibir medicación
- Llevar medicamento de emergencia
- Autoadministrarse el medicamento de emergencia

2. Asumiré la responsabilidad para la entrega segura de los medicamentos a la escuela por mí. Sí___ No___

3. Notificaré a la escuela inmediatamente si hay un cambio en el uso de la medicación. Sí___ No___

4. Relevo de responsabilidades por daños o lesiones que resulten directamente o indirectamente de esta autorización a la Junta Directiva, y a todos sus funcionarios y empleados. Sí___ No___

Firma del padre o del estudiante adulto

Fecha

Teléfono de la casa

Teléfono del trabajo

Lo siguiente debe ser firmado por los padres:

He leído y entiendo que la medida SB 376 permite mi hijo/a llevar a medicamentos para emergencias con permiso del médico y los padres.

X _____

Autorizo a la escuela para ponerse en contacto con mi médico con cualquier pregunta sobre medicamentos o tratamientos.

X _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

(Página 2 de 2)

Por favor, pídale a su médico que llene este formulario. Puede completarlo en inglés o en español.

Para el médico:

La Junta Directiva Escolar le urge para programar, en la medida posible, medicamentos de un estudiante fuera de horas escolares. Cuando no es posible, medicamentos serán permitidos, en la medida en que sea posible, durante las horas escolares. Medicamento en forma de píldora es preferible a los líquidos para uso en la escuela.

Yo he prescrito lo siguiente para ser administrado a _____
Estudiante

Medicación _____ Dosificación _____

Medicamento debe ser tomado en los siguientes horarios _____

Las instrucciones o precauciones (incluyendo posibles efectos secundarios):

Fecha de inicio _____ Fecha de caducidad _____

Medicamento de emergencia _____

Indicación (por favor especificar direcciones exactas para "cuando sea necesario")

Otra información:

¿Puede el estudiante llevar y autoadministrarse el medicamento de emergencia? ___ Sí ___ No

Firma de Médico _____ Fecha _____

Nombre de Médico _____ Teléfono/Fax _____