

PROGRAMA DE EDUCACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE DE KERN (KEEP)

PARA: LOS PADRES Y TUTORES LEGALES

<p>SI ESTARÁ MANDANDO CUALQUIER TIPO DE MEDICAMENTO A KEEP CON SU HIJO(A), FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE</p>
--

- 1.** NO mande ninguna sustancia/medicamento la cual su niño(a) no necesite esta semana. Mande solo esos artículos los cuales deban de ser tomados o sean necesarios en caso de una emergencia.
- 2.** Estudiantes con insulina, estuches de inyección, necesidades dietéticas especiales, epilepsia o cualquier otro tipo de problema de salud serio deben notificar al director en la Oficina del Superintendente de las Escuelas del Condado de Kern por permiso de antemano para asistir a **KEEP**. Formularios especiales están disponibles para los estudiantes con necesidades de cuidados de salud especial. Teléfono: (661) 871-1883.
- 3.** No se les puede dar medicamento a los estudiantes sin un **Formulario de Medicamentos del Estudiante** el cual este completado en su totalidad por los padres y firmado por ambos – padres de familia y el doctor, para **cada uno** de los medicamentos.
- 4.** Medicamento es definido como medicina recetada y medicina disponible sobre el mostrador tales como aspirina, vitaminas, Tylenol[®], pastillas para la garganta, etc.
- 5.** Todos los estudiantes que traigan consigo medicamentos deben de entregarlos al personal de **KEEP**.
- 6.** Cada medicina debe de estar dentro de su envase original y marcado con el nombre del estudiante y la escuela a la que pertenece.
- 7.** El personal de **KEEP** administrará el medicamento según las instrucciones del médico. Favor de tomarse su tiempo al completar (rellenar) el formulario de medicamentos.
- 8.** Los estudiantes no serán permitidos de cargar consigo a menos que sea indicado en el formulario de medicamentos.
- 9.** Hasta tres medicamentos diferentes pueden ser especificados en el reverso de este formulario. Utilice una hoja adicional para otros medicamentos que tengan que ser administrados. Este formulario también puede ser encontrado en la red/en línea en la página electrónica de **KEEP**: www.campkeep.org

(continué al reverso)

MEDICAMENTO QUE DEBE SER ADMINISTRADO EN LA ESCUELA KEEP

Estudiante: _____ Fecha de asistencia: _____

Escuela: _____ Maestro(a): _____

MEDICAMENTO #1

Nombre de la Medicina _____

Fuerza: _____ (mg., cucharadas) Dosis: _____ (# de pastillas, cucharadas)

HORARIO DE ADMINISTRACIÓN:

Si diariamente, ¿cuando? _____

Si según sea necesario, ¿bajo qué condiciones? _____

Comentarios: _____

Firma del Médico: _____ Número de teléfono: _____

Firma de los Padres/Tutor legal: _____ Número de teléfono: _____

MEDICAMENTO #2

Nombre de la Medicina _____

Fuerza: _____ (mg., cucharadas) Dosis: _____ (# de pastillas, cucharadas)

HORARIO DE ADMINISTRACIÓN:

Si diariamente, ¿cuando? _____

Si según sea necesario, ¿bajo qué condiciones? _____

Comentarios: _____

Firma del Médico: _____ Número de teléfono: _____

Firma de los Padres/Tutor legal: _____ Número de teléfono: _____

MEDICAMENTO #3

Nombre de la Medicina _____

Fuerza: _____ (mg., cucharadas) Dosis: _____ (# de pastillas, cucharadas)

HORARIO DE ADMINISTRACIÓN:

Si diariamente, ¿cuando? _____

Si según sea necesario, ¿bajo qué condiciones? _____

Comentarios: _____

Firma del Médico: _____ Número de teléfono: _____

Firma de los Padres/Tutor legal: _____ Número de teléfono: _____