

# AUTORIZACION PARA ALGUN MEDICAMENTO TOMADO DURANTE LAS HORAS DEL LA ESCUELA

Valida *solamente* para el año escolar actual.

## Parte 1: Debe ser completado por el Padre o Guardián Legal

**Nota:** Todos los medicamentos deben ser prescritos, incluyendo los medicamentos sin receta. Los medicamentos deben estar en el frasco original y la etiqueta debe incluir el nombre de el niño, el nombre del medicamento, la dosis, el metodo de administración, y el nombre de el médico.

Yo solicito que el personal asignado de la escuela ayude a mi niño tomar este medicamento prescrito (incluyendo los medicamentos sin receta). Yo entiendo que mi niño no puede tener, ni puede tomar ningun medicamento en la escuela al menos que todos los requisitos sean completados. Yo por el presente doy el consentimiento para que un(a) enfermero(a) de la escuela o administrador del Distrito se comuniquen con el medico de mi hijo y el personal de la escuela cuando sea necesario con respecto a este medicamento.

Nombre del Estudiante	M F	Sexo	Fecha de Nacimiento	SS#	ID#
Nombre de la Escuela	Grado	Maestro	Numero de Salon		
He leído y he entendido la "Nota de Provisiones" impresas abajo. Notificare la escuela inmediatamente si hay algun cambio en los medicamentos que me niño toma en la escuela.					
Fecha	X	Firma del Padre o Guardián Legal	( )	( )	( )
			Telefono del Hogar	Telefono del Trabajo	Telefono de Emergencia

Revise por favor la "Nota de Provisiones" Secciones del Codigo de el Departamento de Educación de California (CEC) Secciones 49423, 49480 y el Codigo Administrativo de California (CAC) Titulo 5, 18170, más abajo.

### Codigo del Departamento de Educacion de California, Sección 49423 – La Administración de medicamentos prescritos para el alumno

A pesar de las provisiones de la Sección 49422, cualquier alumno que es requerido tomar, durante el dia lectivo regular, un medicamento prescrito para él/ella por un médico, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela u otra persona designada, se el distrito escolar recibe:

1. Una declaración escrita de tal médico detallando el método, la cantidad, y los horarios por lo cuál el medicamento deberá ser tomado, y
2. Una declaración escrita por el padre o el guardián del alumno que indica el deseo que el distrito escolar ayude al alumno en cuestiones expuestas en la declaración del médico.

### Codigo del Departamento de Educacion de California, Sección 49480 – Uso continuo de un medicamento para una condición que no es episódico; notificación requerida para los empleados de la escuela.

El padre o guardián legal del alumno, de una escuela publica, con un régimen continuo de un medicamento para una condición que no es episódico, informará la enfermera de la escuela, or otra empleado designado y certificado, del medicamento que debe ser tomado, la dosis, y el nombre del medico que lo supervisa. Con el consentimiento del padre o guardian legal del alumno, el/la enfermero(a) escolar puede comunicarse con el medico y puede aconsejar el personal de la escuela con respecto al los efectos posibles de la droga en la conducta fisica, intelectual, y social del niño. Tambien como los signos posibles de su conducta y sintomas de los efectos adversos, omision, o dosis excesiva. El superintendente de cada distrito escolar sera responsable de informar a los padres de todos los alumnos, de los requisitos de esta sección

### Codigo Administrativo de California Titulo 5, 18170 – La agencia seguirá estas provisiones que pertenecen al medicamento

1. Un miembro asignado del personal administrará el medicamento prescrito por un médico a un niño solamente con un consentimiento escrito de los padres.
2. Un registro de la dosis, la fecha y hora que el medicamento es dado al niño sera mantenido por la agencia.
3. Las medicinas seran centralmente almacenadas y se mantendrán en un lugar seguro y cerrado que no sea accessible a otras personas que no sean los empleados responsables de la supervision de la salud. Cada frasco llevara el nombre del medicamento, el nombre de la persona para quien es prescrito, el nombre del médico y las instrucciones del médico. Todos los medicamentos, centralmente almacenados, se marcaran y seran mantenidos de acuerdo con las leyes del Estado y Federales. Los medicamentos de cada persona se almacenarán en el frasco en que fueron originalmente recibidos. Ningún medicamento sera transferido entre los frascos. La agencia sera responsable de asegurar que un registro de todas las medicinas prescritas, para cada persona en el cuidado de la agencia, incluye: el nombre de la persona para quien esta prescrito, el nombre de la droga, la potencia, la cantidad, la fecha llenada, el numero de la prescripción y el nombre de la farmacia que la cubrio.
4. Todas la medicinas se almacenaran centralmente en una area que es totalmente inaccessible a los niños.

\*\*Los procedimientos debajo de el Programa Individualizado de la Educación (IEP), el Programa Individualizado de la Salud (IHP) o el Plan 504, no deben ser dirigidas en esta forma. Por favor pida la forma para los Servicios Especializados del Cuidado de la Salud Fisica a según al codigo del Departamento de Educación de California Sección 49423.5.

(See reverse)

Revised 9/13/00

## Parte 2: Debe ser completado por el Médico

El niño nombrado enseguida está debajo de mi cuidado. Es necesario que él/ella reciba el medicamento siguiente durante horas de la escuela.

Nombre de el niño (escribe letra de molde) \_\_\_\_\_

Diagnóstico por lo cual el medicamento se ha PRESCRITO \_\_\_\_\_

Nombre de el medicamento(un medicamento por forma) \_\_\_\_\_

La dosis (especifique, i.e., miligramos, etc.) \_\_\_\_\_

Hora del día que debe ser dado \_\_\_\_\_ Frecuencia si es 'a como sea necesario' \_\_\_\_\_

Si es 'a como sea necesario' describe las indicaciones y la sucesión de las órdenes \_\_\_\_\_

Método de administración:      ORAL:  Líquido       Tableta       Inhalador  
GOTAS:  Ojo D I       Oído D L       Fosas Nasales D I

Tópico       Otro  \_\_\_\_\_

Precauciones, reacciones, o efectos adversos \_\_\_\_\_

Para alergias severas:      Si los síntomas siguientes ocurren (Marque debajo):

- sofocamiento     urticaria     sarpullido de la piel     hinchazón (ojos y labios)     pérdida de la voz     dificultad respirando  
 pérdida del conocimiento     otro \_\_\_\_\_

Usa: (Marque uno) Epi-pen Jr. o Epi-pen

Transporte el estudiante al hospital más cercano

Almacenaje y Manejamiento     Rutina de manejo, medicamentos almacenados en un área segura y administrada por el personal autorizada de la escuela.

Cantidad de medicina para 72 horas en caso de una emergencia solamente       Refrigeración

Si es Medicamento Necesario:

El niño lo lleva pero el personal de la escuela debe administrar la medicina     El niño está entrenado para llevar y tomar su medicina

Instrucciones/Intervenciones adicionales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico (Escribe el nombre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección de la Oficina

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la Oficina

\_\_\_\_\_  
Fax de la Oficina

**\*\*\*PERSONAL DE LA ESCUELA: Notifique a la enfermera o administrador si hay alguna alergia o asma indicado en el diagnóstico.**

(See reverse)

Revised 9/13/00