

# AUTORIZACION PARA CUALQUIER MEDICAMENTO TOMADO DURANTE HORAS ESCOLARES

Valida únicamente durante el año escolar actual o como indicado en el Programa Educativo Individualizado (IEP/PEI) para los/las alumnos de la Educación Especial.

**EXCEPCIÓN:** Código Educativo de California 49423.5 - Puede que para los servicios especializados tales como "EpiPen", "AnaKit", glucagón, nebulizador, etc., sean necesarios unos formularios e instrucciones adicionales firmados por los padres o un guardián legal más un médico. Usted puede pedir los Formularios para servicios especializados de la escuela.

Favor de repasar el 'Aviso Sobre las Estipulaciones' Código Educativo de California (CEC) Artículos 49423, 49423.5, 49480 y el Código Administrativo de California (CAC) Título 5, 18170, que se halla impreso al otro lado de este formulario.

**PADRE, MADRE O GUARDIÁN LEGAL**

**Parte 1: Debe completar esta parte el Padre, la Madre o el/la Guardián Legal**

**AVISO:** Todos los medicamentos tienen que venir acompañados con receta, incluso los medicamentos que se pueden comprar sin receta. Los medicamentos deben estar en su recipiente/frasco original y la etiqueta debe llevar el nombre del niño o niña, el nombre del medicamento, el dosis, la forma de administración, el horario de tomar medicinas y el nombre de el/la Médico.

Solicito que miembros del personal escolar designados asistan a mi hijo/hija a tomar este medicamento recetado (a incluir medicamentos recetados del tipo que normalmente no requieren receta.) Consiento en y por este médico deo a salvo al Distrito y sus empleados de cualquier y todas las reclamaciones, demandas, causas de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo debido o como resultado de actos u omisiones con respeto a este medicamento. Entiendo que mi hijo/hija no puede ni tener ni tomar medicamentos en la escuela si no se llenen todos los requisitos. Por este medio otorgo mi consentimiento a que se comunique un/una enfermera escolar con el/la Médico de mi hijo/hija, y a que se aconseja el personal escolar tocante este medicamento como sea necesario.

Nombre del Niño/Niña \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Núm. de Identificación Estudiantil \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro /Maestra \_\_\_\_\_ Núm. de Salón de Clase \_\_\_\_\_

Apunte todos los medicamentos que se tomen con regularidad fuera de las horas escolares. He leído y entiendo el "Aviso Sobre las Disposiciones" que se halla impreso al otro lado de este formulario tocante la "Autorización Para Cualquier Medicamento Tomado Durante Horas Escolares," y avisaré a la escuela inmediatamente si hay cambios de cualquier tipo en los medicamentos que mi hijo/hija toma en la escuela.

Fecha \_\_\_\_\_  Firma de el Padre, la Madre o el/la Guardián Legal \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Núm. de Celular/Biper \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN**

**Part 2: To be completed by the Physician**

The child named above is under my care. It is necessary for him or her to receive the following prescribed medication during school hours.

Diagnosis for which medication is prescribed \_\_\_\_\_

Name of medication (one medication per form) \_\_\_\_\_

Dosage (Be specific, i.e., milligrams, etc.) \_\_\_\_\_

Time of day to be given \_\_\_\_\_ Frequency if 'as needed' \_\_\_\_\_

If 'as needed' describe indications and sequence orders \_\_\_\_\_

Method of administration **ORAL**  Liquid  Tablet  Inhaler **DROPS**  Eye **R L**  Ear **R L**  Nostril **R L**  
**OTHER**  Topical or  \_\_\_\_\_

Precautions or side effects \_\_\_\_\_

Storage and handling  Routine handling, medication in locked storage and administered by authorized school personnel  
 72 hour disaster supply only  
**If Medical Necessity for child to carry prescription for asthma, anaphylactic shock or diabetes:**  
 Designated school personnel to administer  Child trained to self-administer

Additional special instructions \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  Signature Physician \_\_\_\_\_

Please print name \_\_\_\_\_

Office address \_\_\_\_\_

( ) Office Telephone ( ) Office FAX

Stamp Physician name/address below.