

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 dejo 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 _____ M F _____
Sexo 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 _____ X _____
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 _____ X _____
Signature Physician _____

Please print name _____

Office address _____

() _____ () _____
Office Telephone Office FAX

Stamp Physician name/address below.