

# Distrito Escolar Unificado Central (Central Unified School District)

## FORMA DE MEDICACIÓN EN LA ESCUELA

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento.: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

El Código de Educación define algunas requisitos para la administración de medicamentos en el lugar escolar, incluyendo excursiones y programas después de escuela (clases). El estudiante se puede permitir medicación en el lugar escolar, si la forma de Medicación en la Escuela se ha completado y firmado por el padre y el doctor. **Se recomienda el principio de cada año escolar, o al entrar a la escuela, una forma de Medicamento en la Escuela debe ser completamente renovada. Si hay un cambio en el estado de salud del estudiante o régimen de medicamentos el padre debe notificar inmediatamente a la escuela y una nueva forma será necesaria.** Los medicamentos deben ser enviados a la escuela en su contenedor original de la farmacia y claramente etiquetados con el nombre del estudiante. No hay medicamentos (incluyendo medicamentos se despacha sin receta médica) se puede administrar en la escuela sin una prescripción médica de fecha.

### SOLICITUD DE LOS PADRES

Los abajo firmantes, que son padres o tutor del estudiante arriba mencionado, podrá solicitar que la enfermera de la escuela o el personal escolar designado ayude al alumno, cuando sea necesario, en el asunto planteado por órdenes del doctor. Por la presente, damos el consentimiento a la libre administración, si está autorizado por el doctor. Además, estamos autorizando al personal escolar apropiado a consultar con el doctor del estudiante sobre la medicación, si es necesario. En el caso de una reacción desfavorable o posterior o cualquier otro daño o injurias sufridos o incurridos como resultado o de la libre del estudiante administración de medicamentos, nuestro/mi firma a continuación constituye una renuncia completa, liberar de responsabilidad del distrito y personal de la escuela de toda y cualquier responsabilidad civil en relación con dichos créditos. Esta autorización de los padres es buena para un año desde la fecha de la firma.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN'S ORDERS

Medication and Dose Prescribed	How Much to take.	Time per day... or as needed	How to Give It Oral/Inhaler/Other	Condition/Diagnosis or symptoms to look for.

This authorization is good for one year of signature date unless indicated: \_\_\_\_\_

This authorization has a stop date of (including summer school to July 31.): \_\_\_\_\_

**If Prescribing Asthma Inhalers/Auto-Injectable Epinephrine such as Epi-Pen/Glucagon:**  
**Does the student need to carry an asthma inhaler, Glucagon or Epi-pen on campus? Yes \_\_\_ No \_\_\_**

I have instructed the student in the proper way to use his/her inhaler or epi-pen, including proper administration technique. It is my professional opinion that the student is able to self-administer the medication and should be allowed to carry and use the inhaler or epi-pen on campus.

Physician's Name (printed): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

School Nurse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_