

**Escondido Union High School District**  
**Autorización para Administrar Medicamento** (Código Educativo Sección 49423)

**Esta forma es válida  
para el año escolar**

**Escuela** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

El procedimiento que cubre medicamentos con y sin recetas que se encuentran en esta formulario se facilitara bajo las siguientes condiciones:

1. Solamente los medicamentos que tienen receta escrito por el médico de su estudiante, siendo necesarias de tomar por el estudiante en la manera escrita para el estudiante en la manera escrita en este formulario se pueden traer a la escuela. (Se requiera la firma del padre.)
2. El estudiante se debe tomar el medicamento de acuerdo a las instrucciones que receta el médico escritas en este formulario.
3. Medicamentos recetados que se lleva a la escuela para darle al estudiante en acorde con las revisiones listadas en esta forma debería de estar en el frasco recetado que ya esta etiquetado claramente por el farmacéutico con el nombre del estudiante; nombre del doctor que lo receta; el farmacéutico que administro el medicamento o el fabricante; y la cantidad de medicamento que se debe tomar en la hora especifica o en la situación especifica, etc. Si el medicamento autorizado es un medicamento auto-recetado, tiene que estar en el frasco sin haber sido abierto, tendrá que estar sellado, y etiquetado con el nombre del estudiante.
4. Todo medicamento se guarda en un lugar seguro. Cualquier instrucción para el almacenamiento o medida de seguridad de cualquier medicamento necesita ser escrito por el médico y entregado al personal escolar para que se pueden seguir las instrucciones.
5. Solamente el padre puede entregar el medicamento y el formulario completo y firmado a la oficina de salud en la escuela.
6. Un formulario de Autorización para administrar medicamento nuevo se tiene que renovar para cada año escolar si necesita continuar el medicamento.

**Este Parte Debe Ser Completada por Padre/Tutor legal de Estudiante**

Yo, el/la abajo firmante, como el padre/tutor legal de (estudiante) \_\_\_\_\_, quien fecha de nacimiento es \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, y esta asistiendo a (escuela) \_\_\_\_\_ solicito que el siguiente medicamento(s) \_\_\_\_\_ se haga disponible para mi hijo/hija a la hora en que fue prescrito \_\_\_\_\_

- Yo entiendo que únicamente el personal designado asistirá a mi hija/hijo para que tome su medicamento(s) como le fue indicado por su doctor. Proveeré instrucciones por escrito del doctor detallando el método, cantidad y las horas en que el medicamento tiene que ser administrado.
- Yo proveere los medicamentos en los contenedores recetados, con el rótulo conteniendo el nombre de mi estudiante, el médico que recetó el medicamento, y la cantidad de medicamento recetado.
- Si cualquiera de las condiciones que el médico declara abajo cambian, se tiene que llenar y firmar un formulario nuevo por el padre/tutor y el médico.

**Medicamentos con y sin recetas no son permitidos en la escuela sin una delcaración del médico y una declaración por escrito del padre indicando el deseo que el distrito asista al esudiante como es pedido por la declaracion del medico.**

**Yo reconozco que este es un servicio o recomendación de cual la escuela no es legalmente requeñido desempeñar. Estoy de acuerdo guardar y sostener que el distrito; sus oficiales, empleados o agentes, sean libres de responsabilidad, pleito legal, da cualquiera naturaleza, que puede surgir como resultado de administrar el medicamento de acuerdo a la petición.**

Solamente para el uso de Inhalador del Asma/Epi-Pen:  
 Permito que mi hijo/a lleve el Inhalador/Epi-Pen que es ordenado por su médico.  
 Entiendo que compartir medicación con otros estudiantes resultará en acción disciplinaria.  
 Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 # de trabajo: \_\_\_\_\_ # de casa: \_\_\_\_\_

**Esta Parte Debe Ser Completada por el Médico Registrado y con Licencia del Estado de California**

Medicamento	Método de Administracion	Dosis	Hora de administro	Razon por este medicamento	Suspenda el medicamento

Para el uso de Inhaler/Epi-Pen solamente: El paciente fue enseñado el uso apropiado del Inhalador/Epi-Pen. El bienestar del paciente está en peligro a menos que el inhalador/Epi-Pen esté en su persona; por lo tanto, solicito que el/ella esté permitido para llevar el inhalador/Epi-Pen. El/Ella entiende el propósito, el método apropiado, y la frecuencia del uso de este inhalador/Epi-Pen

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_

Tipo de Asistencia por el Administro de Medicamento (observaciones, cantidad, etc.) \_\_\_\_\_

Precauciones de administro o almacenamiento del medicamento \_\_\_\_\_

¿Desea que la escuela lo contacte para discutir acerca de este medicamento?  Si  No

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ M.D. Número de Licencia Médica \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Medico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_