

San Dieguito Union High School District
Autorización para la Administración de Medicamento
Authorization for Administration of Medication

El código de educación de California sección EC 49423, permite que durante el día escolar los estudiantes reciban la administración de medicamento sin prescripción y/o con prescripción de un médico, y reciban la asistencia con la administración del medicamento por el personal escolar asignado o llevar consigo aquél medicamento que necesite el estudiante administrarse así mismo, cuando el padre / tutor legal Y EL MÉDICO, hayan presentado por escrito su autorización.

Información del estudiante

Estudiante: _____	☐ M ☐ F	ID# _____
Apellido Primer nombre Inicial	Varón Dama	Identificación Estudiantil
Escuela Actual : _____	Fecha de Nacimiento: Mes/ Día/Año _____	
		Grado: _____

Autorización del padre / tutor legal

Favor de leer la página 2 para el procedimiento de medicamento con y sin prescripción

De acuerdo con el código de educación EC§49423 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and (c) EC §49423.1 Sections (a), (b 1, 2 & 3) and (c) y EC §49407 , yo, el suscrito padre / tutor legal del estudiante aquí mencionado, por medio de la presente doy mi autorización:

Autorizo al personal designado en el distrito escolar, para que asista a mi hijo/a con la administración de medicamento, observando, supervisando, y proporcionando pruebas de acuerdo con las instrucciones y aprobación médica adjuntas.

Iniciales
Padre / Tutor legal

Autorizo a mi hijo/a para que se le asista en la administración de ☐ un auto-inyector de epinefrina (Epinephrine-pen), o ☐ un inhalador para asma de acuerdo con las instrucciones y aprobación del médico incluido en éste formulario.

Iniciales
Padre / Tutor legal

De acuerdo con los códigos de educación de California EC§49407, por la presente yo, el suscrito SOSTENGO INOCENTE, LIBERO Y EXONERO al distrito escolar San Dieguito Union High School District, a su Mesa Directiva de Fideicomisarios "Board of Trustees", a sus oficiales, empleados y agentes, de toda responsabilidad, incluyendo; lesiones, muerte, reacciones adversas, u otros daños que puedan resultar de la administración del medicamento por el mismo estudiante o por medio de la asistencia del personal escolar, de acuerdo con la autorización e instrucciones aquí descritas por el suscrito padre / tutor legal y por el médico de mi hijo.

Estoy de acuerdo en proporcionar los medicamentos aquí indicados, **entregándolos en el envase / recipiente de prescripción original con la etiqueta que contenga el nombre de mi hijo**, el nombre del médico, el medicamento, la vía de administración, la dosis, el propósito y la farmacia. Así también autorizo a al enfermero escolar y al personal escolar designado para consultar con el médico quien remitió la prescripción, y para alguna pregunta que se presente con relación al medicamento. Código de educación de California EC§49480. **Comprendo que para la administración continua de medicamento requiere la autorización anual de la oficina de salud escolar.**

Imprima el nombre del padre / madre / tutor legal _____		Teléfono del hogar ☐ de empleo ☐ Teléfono celular _____
Domicilio actual _____	Ciudad y estado _____	Código postal _____
Correo electrónico _____	X _____	
	Firma del padre / madre / tutor legal	Fecha

Autorización del médico

Esta sección debe completarla solamente el médico quien prescribe

Nombre del medicamento	Método de administración	Dosis	Vía	Horario aproximado
#1: _____	_____	_____	_____	_____
#2: _____	_____	_____	_____	_____
Descontinuación del medicamento: _____				
Instrucciones para el personal escolar: _____				
Precauciones y almacenamiento: _____				
Autorizo a mi paciente para que lleve consigo y se administre por sí mismo/a: ☐ un auto-inyector "Epinephrine Pen" ☐ un inhalador para asma de acuerdo a mis instrucciones y aprobación, a continuación confirmo que he instruido a mi paciente en el procedimiento, dosis, y horario para la administración del medicamento, y el estudiante está capacitado/a para auto-administrarse el medicamento. (Education Code §49423 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and (c) EC §49423.1 Sections (a), (b 1, 2 & 3) and (c))				
Fecha de prescripción: _____				
_____ M.D.		Teléfono del médico _____	Número de FAX _____	
Imprima el nombre del médico _____				
Número de licencia médica _____	Firma del médico _____		Fecha _____	

San Dieguito Union High School District
Autorización para la Administración de Medicamento
Authorization for Administration of Medication

El procedimiento que cubre la autorización para administración de un medicamento **con prescripción y sin prescripción** constados en este formulario se facilitará de la siguiente manera:

1. Solamente se puede traer a la escuela aquel medicamento que por prescripción del médico del estudiante ha determinando que es necesario que se le administre al estudiante en la manera descrita en este formulario. (**También se requiere el consentimiento del padre / tutor legal por escrito**)
2. El medicamento que se mantenga en la escuela para proporcionársele al estudiante de acuerdo a las provisiones constadas en este formulario deberá de almacenarse en **su contenedor / recipiente original** marcado con claridad con el nombre del estudiante; el nombre del médico quien prescribe, el nombre del farmacéutico que dispensó el medicamento, o la compañía fabricante; y la cantidad de medicamento que deberá administrarse a horas específicas o en situaciones específicas, etc. (El padre / tutor legal puede solicitar del médico un duplicado de la prescripción, uno para el hogar y otro para la escuela).
3. Todo medicamento se mantendrá bajo seguridad. Para que logre seguirse las instrucciones de almacenamiento o medidas de seguridad, deberá de presentarse la constancia del médico entregándosela al personal escolar asignado para que tales instrucciones se apliquen.
4. **El padre / tutor legal o el estudiante adulto** (de 18 años o mayor), deberá de entregar el medicamento y el formulario completo en la oficina de salud en la escuela.
5. **El padre / tutor legal o el estudiante adulto** (de 18 años o mayor), deberá de recoger el medicamento restante del año escolar **durante la última semana de clases del mes de junio**.

Si el medicamento requiere administración continua, **deberá de entregarse anualmente un nuevo formulario** de administración "Authorization for Administration of Medication".

***Si tiene usted alguna pregunta, favor de ponerse en contacto con la oficina de salud
"Health Office" de la escuela de su hijo/a:***

Secundaria	Teléfono #	Extensión	Preparatoria	Teléfono #	Extensión
CV	858-481-8221	3014	CCA	858-481-8221	4011
DNO	760-944-1892	6631	LCC	760-944-1892	6024
EW	858-755-1558	4414	SDA	858-755-1558	5021
OC	760-753-6241	3378	TP	760-753-6241	2235

Información Adicional: